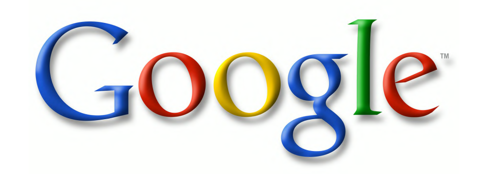
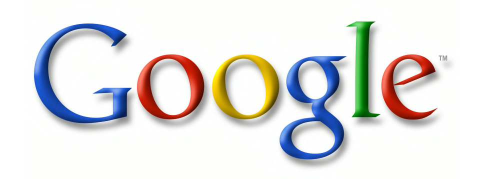




REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

FONDÉE ET PUBLIÉE

Par le Docteur E. J. MOURE

Professeur libre de Laryngologie et d'Otologie,

AVEC LE CONCOURS SCIENTIFIQUE DE

MM. **J. Baratoux**, Professeur libre d'Otologie et de Laryngologie, à Paris. — **L. Bayer**, à Bruxelles. — **Boucheron**, à Paris. — **Brébion**, à Lyon. — **Bresgen**, à Francfort-sur-Mein. — **J. Charazac**, à Toulouse. — **O. Chiari**, Privatdocent de Laryngologie à l'Université de Vienne. — **G. Coupard**, à Paris. — **Ch. Fauvel**, Professeur libre de Laryngologie et de Rhinologie, à Paris. — **Jos. Gruber**, Professeur d'Otologie, à l'Université de Vienne. — **Th. Héring**, médecin de l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie. — **C. Labus**, Professeur de Laryngologie, à Milan. — **Lennox-Browne**, Chirurgien à l'hôpital central des maladies de la gorge et des oreilles, à Londres. — **F. Massei**, Professeur de Laryngologie, à l'Université de Naples. — **C. Miot**, Professeur libre d'Otologie, à Paris. — **Noquet**, de Lille. — **G. Poyet**, Professeur libre de Laryngologie, à Paris. — **Samuel Sexton**, à New-York. — **Schiffers**, à Liège. — **Schmiegelow**, à Copenhague. - **Schnitzler**, Professeur de Laryngologie à Vienne. — **Solis Cohen**, Professeur de Laryngologie, à Philadelphie. — **Urban Pritchard**, chirurgien auriste à l'hôpital du « King's Collège », à Londres. — **Voltolini**, Professeur d'Otologie, à Breslau.

TOME V

1885

PARIS

OCTAVE DOIN, ÉDITEUR

8, — Place de l'Odéon, — 8

MDCCCLXXXV.

A NOS LECTEURS

L'étude des maladies du larynx, des oreilles et des organes connexes a fait dans ces dernières années de réels et rapides progrès. Désireux de tenir les lecteurs au courant de la science, nous avons dû apporter à la *Revue* d'importantes modifications. C'est ainsi que, désormais, chaque numéro comprendra quarante pages de texte; le sommaire, au lieu d'être placé à la première page, sera imprimé au verso de la deuxième couverture.

Bien que nous recevions déjà un grand nombre de journaux, le nombre des publications périodiques ayant pour objet les sciences médicales est de nos jours si considérable, qu'il nous est impossible de les posséder toutes; nous prions donc ceux de nos lecteurs qui auront publié des travaux sur les sujets dont s'occupe la *Revue*, de nous envoyer soit le numéro du journal dans lequel le travail aura paru, soit un exemplaire du tirage à part [illegible], quelle que soit au reste la langue dans laquelle il aura été publié. Tous ces travaux seront [illegible] analysés, ou tout au moins signalés à l'index bibliographique que nous nous efforcerons de rendre aussi complet que possible.

En dehors des analyses, nous nous efforcerons [illegible] de toujours donner un compte-rendu des sociétés savantes, et particulièrement de [illegible] d'une manière plus spéciale des maladies du larynx, des oreilles, du nez et des organes connexes.

Malgré ces modifications, le prix de l'abonnement ne sera pas augmenté.

[illegible]

A NOS LECTEURS

L'étude des maladies du larynx, des oreilles et des organes connexes a fait dans ces dernières années de réels et rapides progrès. Désireux de tenir les lecteurs au courant de la science, nous avons dû apporter à la *Revue* d'importantes modifications. C'est ainsi que, désormais, chaque numéro comprendra quarante pages de texte ; le sommaire, au lieu d'être placé à la première page, sera imprimé au verso de la deuxième couverture.

Bien que nous recevions déjà un grand nombre de journaux, le nombre des publications périodiques ayant pour objet les sciences médicales, est de nos jours si considérable, qu'il nous est impossible de les posséder toutes ; nous prions donc ceux de nos lecteurs qui auront publié des travaux sur les sujets dont s'occupe la *Revue*, de nous envoyer soit le numéro du journal dans lequel le travail aura paru, soit un exemplaire du tirage à part, si on en a fait un, quelle que soit au reste la langue dans laquelle il aura été publié. Tous ces travaux seront pour la plupart analysés, ou tout au moins signalés à l'index bibliographique que nous nous attacherons à rendre aussi complet que possible.

En dehors des analyses, nous nous efforcerons de toujours donner un compte-rendu des Sociétés savantes, et particulièrement de celles qui s'occupent d'une manière plus spéciale des maladies du larynx, des oreilles, du nez et des organes connexes.

Malgré ces modifications, le prix de l'abonnement ne sera pas augmenté.

Dr E. J. MOURE.

SOMMAIRE

N° 1. — Janvier 1885.

Travaux originaux

Sociétés savantes

Revue générale, Analyses



6e Année. N° 1. 1er Janvier 1885.

REVUE MENSUELLE

DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

De la Surdi-mutité par otopiésis ou par compression auriculaire (1)

Par le Dr Boucheron (Paris)

Professeur libre d'Otologie et d'Ophtalmologie.

I. Considérations préliminaires. — Indications tirées de la statistique que la majeure partie des *surdi-mutités sont acquises*, et, par conséquent, consécutives à certaines maladies à déterminer.

Cas d'enfants sourds-muets par pseudo-méningite améliorés par les insufflations d'air dans la caisse.

Cas de surdi-mutités sans pseudo-méningite également améliorés par les insufflations d'air.

II. Pathogénie de ces surdités infantiles. — Obstruction tubaire, vide aérien dans la caisse, compression des nerfs acoustiques, surdité, quelquefois excitation de ces nerfs acoustiques s'irradiant au bulbe rachidien et produisant les phénomènes méningitiformes et épileptiformes. A la période ultime, destruction des nerfs acoustiques par compression labyrinthique prolongée.

III. Démonstration expérimentale du vide aérien dans la caisse tympanique chez le chien. — *Anatomie pathologique* chez le chien et chez l'homme, jeunes chiens sourds

(1) Οὐς, ὤτος; πιεσις (compression).

et muets ayant les terminaisons des nerfs cochléaires coupées à leur entrée dans le limaçon.

Chez l'homme sourd-muet depuis longtemps, lésions nerveuses ascendantes partant de l'oreille et consécutives à la destruction de l'organe de Corti.

Communication orale de M. le professeur His sur l'embryologie et les malformations du labyrinthe relativement aux surdités congénitales.

Rôle des aqueducs du labyrinthe faisant fonction de soupapes de sûreté pour faciliter l'équilibre de pression dans le labyrinthe.

IV. SYMPTOMATOLOGIE DE LA SURDITÉ INFANTILE PAR OTOPIÉSIS (compression auriculaire).

Otopiésis pseudo-méningitique non fébrile.

— — fébrile.

Otopiésis épileptiforme.

Otopiésis simple à début brusque.

— — à début lent.

Otopiésis immédiatement postérieure à la naissance.

Phénomènes nerveux coexistant avec la surdité infantile grave.

Examen de la fonction auditive chez le jeune enfant soupçonné de surdité grave.

Valeur de la perception des vibrations du diapason.

Examen otoscopique.

Examen du nez, de la gorge et des trompes d'Eustache, d'où il résulte que les catarrhes naso-pharyngiens, infectieux, constitutionnels ou accidentels se trouvent à l'origine d'un grand nombre de surdi-mutités.

V. SURDI-MUTITÉS HÉRÉDITAIRES, CONSANGUINES.—Ce qui est surtout héréditaire, c'est le catarrhe naso-pharyngien et la tendance aux catarrhes tubo-auriculaires.

Mécanisme d'une surdité survenant au moment de la naissance par non pénétration de l'air dans la caisse tympanique.

Surdi-mutités des pays montagneux par développement d'un catarrhe naso-tubaire après la naissance sous

l'influence des perturbations atmosphériques et hygrométriques.

VI. Pronostic. — Degré d'audition que le jeune enfant sourd-muet peut recouvrer.

VII. Traitement. — Indications thérapeutiques. Moyens de remplir ces indications.

I. — Considérations préliminaires.

Toutes les satistiques récentes de la surdi-mutité et particulièrement celles de MM. Roosa et Beard, de Hartmann, Schmaltz, Ladreit de La Charrière, V. Bremer, Salomonsen, etc., établissent que la plus grande partie des surdi-mutités sont des *surdités acquises*, et que par conséquent elles sont *consécutives à des maladies qui ont évolué postérieurement à la naissance*.

Ce sont ces surdités qui font le sujet de ce travail et plus particulièrement encore les *surdi-mutités chez les enfants intelligents*; incidemment, nous parlerons des surdi-mutités dites congénitales.

Quelles sont les maladies qui produisent les surdi-mutités acquises ?

Sur ce point, une donnée de premier ordre a été fournie par MM. Roosa et Beard, Bremer, etc., et a été confirmée plus tard par les autres observateurs, c'est que, une grande quantité de jeunes sourds-muets sont atteints d'affections naso-pharyngiennes. Nous ferons en outre cette remarque que beaucoup de maladies générales, citées dans l'Etiologie de la surdi-mutité, telles que la scarlatine, la rougeole, la fièvre typhoïde, la diphtérie, etc., ont aussi une localisation naso-pharyngienne.

Il résulte déjà de là que les *affections naso-pharyngiennes doivent jouer un rôle très important dans la pathogénie des surdités infantiles suivies de mutité.*

L'observation *individuelle* des enfants devenus sourds et muets un certain temps après la naissance, montre que leur surdité apparaît tantôt brusquement à la suite d'une affection *méningitiforme* ou épileptiforme, tantôt à la suite d'une maladie infectieuse, tantôt enfin la surdité survient lentement sans phénomènes notables.

Ces trois catégories peuvent se réduire à deux, ce sont les surdités avec *phénomènes meningitiformes ou épileptiformes et les surdités sans phénomènes convulsifs.*

Connaissons-nous quelques-unes des maladies qui puissent produire ces deux variétés principales de surdités infantiles ?

Pour fixer les idées, citons quelques exemples typiques.

Obs. I. — Un enfant de huit ans est pris d'une affection méningitiforme qui le laisse absolument sourd, incapable de marcher et même de se tenir debout, mais qui lui laisse son intelligence. Cet état dure six semaines. Nous lui insufflons de l'air dans la caisse du tympan et, séance tenante, l'enfant *peut se tenir debout, marcher et retourner chez lui à pied.*

Obs. II. — Un enfant de trois ans et demi est pris d'accidents ménigitiformes à *l'occasion d'une rougeole* très bénigne ; il reste six à sept semaines sans pouvoir marcher et devient tout à fait sourd et muet, mais reste intelligent. Nous constatons une surdité absolue sept mois encore après le début de la maladie, nous lui faisons alors des insufflations d'air dans les caisses tympaniques et après deux séances, l'enfant *perçut des bruits intenses* ; après deux autres insufflations, il entendit *la musique* d'un régiment qui passait sous les fenêtres de sa chambre sans qu'il le vit. Peu à peu l'audition de la voix revint dans une certaine mesure et aussi la parole.

Obs. III. — Un autre enfant atteint aussi d'une affection méningitiforme à l'occasion d'une scarlatine, à l'âge de deux ans et demi, reste sourd-muet et incapable de marcher, mais intelligent.

Après quelques insufflations d'air dans les caisses tympaniques, l'enfant recommence à marcher *et peu à peu* l'ouïe reparaît au point de permettre la perception de la voix et le retour de la parole.

Nous nous contenterons de relater un cas de surdité infantile sans *phénomènes convulsifs*. Ces cas sont plus simples, plus nombreux et plus souvent suivis de bons résultats.

Obs. IV. — Un enfant de deux ans et demi devient sourd, puis muet d'une manière lente et insensible, sans maladie apparente. Deux ans après, c'est-à-dire à l'âge de quatre ans et demi, nous lui avons fait des insufflations d'air dans les caisses tympaniques et peu à peu l'enfant reconquit l'audition de la voix et de la parole. Nous avons eu l'honneur de présenter cet enfant à l'examen de MM. les professeurs Politzer (de Vienne); Burckhardt-Mérian (Bâle), Hartmann (de Berlin), à leur passage à Paris en 1883.

II. — Pathogénie (1).

Voici maintenant comment nous concevons la *pathogénie de ces surdités*. A notre avis, ces enfants ont été atteints d'une affection naso-pharyngienne soit infectieuse, rubéolique, scarlatineuse, typhoïdique, diphtéritique, syphilitique, etc., soit d'un catarrhe vulgaire, constitutionnel, diathésique ou accidentel.

Ce catarrhe en se propageant à la trompe d'Eustache en a produit l'*obstruction* par le gonflement des parois.

A partir de ce moment, l'air contenu dans la caisse tympanique, cessant de se renouveler, disparaît par dissolution dans le sang des vaisseaux de la caisse, de la même manière que l'air injecté sous la peau.

(1) Une note sur cette Pathogénie de la surdi-mutité a paru déjà dans les comptes-rendus de l'Académie des Sciences, 1880.— Dans les comptes-rendus du Congrès othologique international de Milan, 1880, et dans l'*Encéphale*, journal des *maladies mentales*, T. 1 et 2.

La membrane tympanique ayant environ 1 centimètre carré de surface chez l'adulte, la pression qui s'exerce sur elle du fait de l'atmosphère est égale à une colonne de mercure ayant 1 centimètre carré de base et 76 centimètres de haut, soit environ 1 kilogramme. Ce poids est à la vérité diminué de la résistance et du défaut d'extensibilité que possèdent la membrane tympanique et le ligament de la platine de l'étrier et le muscle de l'étrier, etc.

Alors le vide aérien s'établit dans la caisse tympanique **: A ce moment la pression atmosphérique pèse de tout son poids (*un kilogramme* environ chez l'adulte) sur la membrane tympanique et la déprime. Les osselets suivent le mouvement de la membrane tympanique dans une certaine mesure et l'étrier vient presser sur le liquide labyrinthique. Le liquide labyrinthique, incompressible comme tous les liquides, transmet la pression dans toutes les directions avec une égale intensité et la pression ne pouvant refouler les parois osseuses, inextensibles du labyrinthe, se fait sentir sur les parties molles des parois labyrinthiques, c'est-à-dire : 1° sur la membrane de la fenêtre ronde, qui, après avoir cédé à la pression et s'être dilatée à son maximum d'extensibilité résiste comme une paroi rigide; 2° sur les points d'entrée intra-labyrinthiques des vaisseaux et des fibres nerveuses. Sur *les artères, la pression a pour effet* d'en diminuer le calibre et de gêner l'irrigation sanguine du labyrinthe. Sur les fibres nerveuses, *la pression a pour effet de refouler ces fibres contre les parois de leurs conduits, de les y comprimer, et de produire ainsi l'anesthésie acoustique, la surdité et les bourdonnements* (1).**

(1) L'excès de pression dans l'œil, dans l'affection nommée glaucome, produit aussi un refoulement des fibres du nerf optique contre les parois du trou sclérotical du globe oculaire. La compression des fibres nerveuses détermine l'anesthésie visuelle dite glaucomateuse, bien connue aujourd'hui. La cessation de l'accès glaucomateux fait cesser l'anesthésie visuelle. La répétition des accès glaucomateux aigûs ou la prolongation d'un accès glaucomateux lent et chronique, produit l'anesthésie définitive et la cécité incurable.

Un autre effet de la pression sur les nerfs acoustiques, c'est de les exciter violemment, comme on le fait, en physiologie expérimentale, lorsque l'on comprime un nerf entre les mors d'une pince, l'excitation *des nerfs des canaux semi-circulaires* (nerfs de l'équilibre) *produit une déséquilibration*, telle que le sujet ne peut ni se tenir debout, ni marcher, ni même tenir la tête droite. En outre, l'excitation des nerfs acoustiques transmise jusqu'au bulbe rachidien, influence les noyaux des nerfs bulbaires et ainsi met en jeu les nerfs pneumo-gastriques (vomissements, état nauséeux).

Les nerfs spinaux qui animent les muscles sterno-cléïdo-mastoïdiens et les trapèzes (renversement de la tête en arrière).

Les nerfs faciaux (grimacements de la face).

Les nerfs masticateurs (grincements des dents, crispations des mâchoires).

Les nerfs moteurs de l'œil (convulsions des yeux).

Le centre vaso-moteur bulbaire (pâleur cadavérique, alternatives de rougeur et de pâleur).

Le centre thermogène (chaleur de la tête, peut-être même une certaine élévation de la température générale comme dans les expériences de M. Ch. Richet.)

Et même, au-dessous du bulbe, les nerfs médullaires sont influencés : nerfs cervicaux, thoraciques, abdominaux, et dorso-lombaires (convulsions des bras, convulsions des muscles thoraciques et abdominaux (ventre en bateau), convulsions des muscles du dos et des membres inférieurs; sans parler des phénomènes d'inhibition sur les fonctions cérébrales et les fonctions viscérales (constipation).

On observe aussi des accès épileptiformes qui ont la même origine.

Les symptômes méningitiformes de l'otopiésis ne sont pas seulement analogues aux symptômes de la méningite vraie; ils sont identiques, puisque les symptômes méningitiques sont, eux aussi, la manifestation extérieure de

l'excitation des centres nerveux par le processus méningitique.

Seulement dans l'affection qui nous occupe, l'excitation part de l'oreille.

C'est le *vide aérien* de la *caisse tympanique* qui est le point de départ de la compression des nerfs auriculaires; aussi quelques bulles d'air introduites dans la caisse, y font cesser le vide, mettent fin à l'excitation des nerfs auriculaires et à tout le syndrome pseudo-méningitique. — Tel est le mécanisme des surdités avec phénomènes méningitiformes.

Quand les phénomènes d'irradiation vers le bulbe rachidien manquent, l'affection auriculaire évolue sans *manifestation extérieure apparente. C'est la forme de surdité sans phénomènes convulsifs.*

Quand la pression labyrinthique que nous venons de décrire vient à cesser, soit spontanément, soit artificiellement, l'anesthésie acoustique de compression peut cesser également et l'audition peut réapparaître.

— Mais si la pression sur le nerf acoustique se prolonge au-delà d'une certaine limite, une partie des fibres du nerf acoustique est détruite et l'anesthésie acoustique persiste partiellement, proportionnellement aux fibres détruites. – Si la pression se prolonge assez longtemps pour détruire toutes ou presque toutes les fibres du nerf acoustique, l'anesthésie acoustique est définitive. — La surdité est alors incurable. — La répétition des accès d'augmentation de pression produit le même résultat qu'une pression prolongée, la destruction progressive des fibres du nerf acoustique et la surdité définitive.

Ce *mécanisme* de *surdité par anesthésie*, puis par *destruction des fibres nerveuses acoustiques* sous *l'influence de l'augmentation* de *pression de l'oreille interne*, nous semble devoir être désigné par un nom spécial, — nous pro-

posons le nom de *surdité par otopiésis* (1) (de οὐς ὠτος, oreille, πιεσις, compression).

III. — Expérimentation. — Anatomie pathologique.

Nous avons cherché par l'expérimentation à reproduire le mécanisme otopiésique. Sur des chiens (2) nous avons oblitéré cicatriciellement la trompe d'Eustache (après cautérisation par le thermo-cautère), la caisse du tympan ayant été plus tard ouverte sous l'eau, nous avons constaté la *disparition totale de l'air.* — Le vide aérien s'est produit et à mesure que l'air a été résorbé, la cavité de la caisse s'est remplie par du mucus exhalé *ex vacuo* par le procédé de la ventouse.

Quelquefois, il s'est produit du muco-pus, la caisse renfermant des microbes pyogènes apportés par l'air ou pénétrant dans la caisse au moment de la chute de l'eschare tubaire.

Ainsi est établi le point de départ du mécanisme, le *vide aérien complet de la caisse après l'oblitération complète de la trompe d'Eustache.* — Nous rapporterons plus tard ces expériences avec détails.

— *Les conséquences du vide de la caisse,* la compression labyrinthique, l'anesthésie du nerf acoustique, la surdité momentanée ont été observées par tous les otologistes, chez des adultes à qui une insufflation d'air dans la caisse restituait l'ouïe.

Les preuves expérimentales que la pression sur la membrane tympanique produit l'anesthésie sont nombreuses. On peut en rappeler quelques-unes.

(1) Dans l'œil, la cécité par augmentation de pression porte le vieux nom de glaucome (de γλαυκος, verdâtre). Ce mot métaphorique tout au plus acceptable pour l'œil, ne saurait être employé en otologie pour des pressions analogues.

(2) Laboratoire de physiologie du professeur Rouget au Museum — Laboratoire de l'Ecole d'Alfort et laboratoire du professeur Quinquaud.

La pression avec un stylet sur le centre de la membrane tympanique, sur le manche du marteau mis à nu, sur l'étrier produit l'anesthésie acoustique.

Qu'un homme dont les trompes sont fermées entre dans une cloche à air comprimé, l'augmentation de pression de l'air sur la membrane tympanique, transmise au labyrinthe ne tarde pas à produire l'anesthésie acoustique et les bourdonnements.

Un malade dont les trompes s'oblitèrent et dont les caisses subissent le vide aérien par l'absorption de l'air y contenu ne tarde pas à avoir une compression labyrinthique avec anesthésie auditive.

Les chiens à qui nous avons oblitéré les trompes d'Eustache sont également devenus sourds par ce même mécanisme.

— La compression otopiésique sur le labyrinthe et sur les nerfs acoustiques, *peut produire à la longue, avons-nous dit, une destruction des nerfs acoustiques à leur entrée dans la cavité labyrinthique.* C'est ce que nous avons observé sur des labyrinthes absolument frais.

Nous avons eu à notre disposition deux jeunes chiens complètement sourds et à peu près muets (1). Nous avons prié M. le professeur Ranvier, du Collège de France, de vouloir bien examiner une de leurs oreilles, nous avons examiné les autres. M. le professeur Mathias Duval et M. Laborde ont examiné l'encéphale.

Le cerveau, le cervelet, le bulbe étaient normaux, les nerfs acoustiques également depuis le bulbe jusqu'au labyrinthe. Dans *la pars supérior*, les lésions n'ont pas été recherchées ; mais dans le limaçon qui a surtout été étudié, le *nerf acoustique intact* dans le canal spiral *était coupé au niveau des trous de la lame spirale perforée, et de plus l'organe de Corti avait disparu*, sauf quelques

(1) Qui nous avaient été remis par le Dr Saint-Yves Ménard, sous-directeur du jardin d'acclimatation.

débris informes (1). La lame basilaire était intacte, ainsi que son épithélium scalaire et le *vas spirale* (2).

La disparition des cellules sensorielles auditives et des cellules accessoires de l'organe de Corti, après la section des nerfs cochléaires, se peut interpréter ainsi : la puissance trophique du nerf acoustique résidant dans le ganglion spiral de ce nerf, la section des fibres nerveuses au delà du ganglion a amené la fonte et la dégénérescence des cellules sensorielles et accessoires placées sous la dépendance trophique du nerf acoustique (3).

Sur nos chiens rendus sourds expérimentalement, les lésions destructives de l'organe de Corti n'étaient pas encore produites, six mois après le début de l'expérience. Ce qui indique chez les chiens la possibilité, en certaines circonstances, de voir le nerf acoustique résister pendant ce temps à la destruction (4).

(1) Les préparations de M. Ranvier et les nôtres identiques ont été présentées à la Société française d'Otologie et de Laryngologie et ont été soumises à l'examen de MM. Gellé, Politzer, Burchkard, etc., etc.

(2) Comparez les lésions observées par Moos et Steinbrügge (atrophie des cellules de Corti et des fibres nerveuses du nerf acoustique dans le 1er tour de Spire du Limaçon), chez un sujet à peu près sourd (*Zeitschrift f. ohre.* X. B. *et Congrès de Milan, 1880*).

(3) Comparez ce qui se passe pour l'organe du goût. La section expérimentale du nerf lingual, au-delà du ganglion, amène la disparition des cellules sensorielles et accessoires des corpuscules du goût ou organe de Golgi. Comme l'a montré M. Ranvier *in* Technique d'Histologie.

(4) Sur le point spécial de l'embryologie de l'oreille qui touche plus particulièrement à la question de la surdi-mutité congénitale, M. le professeur His (Leipzig), dont on connaît les admirables travaux d'embryologie, a bien voulu nous faire une importante communication orale que nous croyons pouvoir résumer ainsi.

Le nerf acoustique se réunit de très bonne heure à la vésicule auditive, le nerf acoustique étant un des nerfs sensitifs qui se développe le plus tôt.

Un arrêt de développement du nerf acoustique avant sa réunion à la vésicule auditive se ferait à une époque si précoce que des parties importantes du système nerveux seraient également atteintes. Le sujet porteur d'une pareille malformation ne pourrait être intelligent.

D'autre part, l'organe de Corti étant le promoteur du développement du limaçon, quand on trouve le limaçon bien développé chez l'adulte, on peut affirmer que l'organe de Corti a existé chez l'embryon. Enfin, si l'organe de Corti seul manque dans le limaçon bien développé d'un adulte, c'est là une lésion pathologique et non un arrêt de développement.

Le mécanisme otopiésique n'est pas heureusement toujours aussi grave dans ses conséquences. L'expérimentation en donne la preuve manifeste. Tous les chiens à qui nous avons oblitéré les trompes d'Eustache et chez lesquels, par conséquent, nous avons produit le vide de la caisse, ne sont pas devenus tous totalement sourds ; c'est aussi ce qui se produit chez l'homme et chez l'enfant, où toutes les obstructions de la trompe ne sont pas suivies de surdité rapidement graves.

Il existe un certain nombre de conditions qui ne sont pas encore toutes déterminées et qui atténuent la puissance de la pression otopiésique, pression qui est, comme nous l'avons dit plus haut, d'environ un kilog. chez l'adulte.

Les aqueducs du labyrinthe nous paraissent agir en ces circonstances comme des soupapes de sûreté, permettant au liquide de fuir sous la pression dans une certaine mesure et, par conséquent, de diminuer l'intensité de la compression exercée sur les fibres nerveuses acoustiques.

L'aqueduc de l'endolymphe ou aqueduc du vestibule peut évacuer une certaine quantité d'endolymphe dans le réservoir intraduremérien. L'aqueduc de la périlymphe ou aqueduc du limaçon peut aussi évacuer un peu de périlymphe dans l'espace sous-arachnoïdien où il aboutit.

Ces appareils sont des soupapes de sûreté physiologiques, équilibrant la pression physiologique, mais dans les cas pathologiques, ils peuvent être insuffisants, surtout si déjà, de par leur organisation normale, ces aqueducs sont étroitement construits.

D'ailleurs, l'aqueduc de l'endolymphe renferme normalement des *saillies comme verruqueuses*, analogues à celles des canaux semi-circulaires membraneux et *ces saillies peuvent*, jusqu'à un certain point, *obstruer son calibre*.

L'aqueduc du vestibule, lui, n'est pas un canal libre-

ment ouvert, comme une artériole, par exemple, *sa cavité est*, comme nous l'avons vérifié, obstruée par un très *grand nombre de trabécules disposées en tous sens*, transformant ce canal en une sorte d'éponge ou de filtre.

Cette disposition anatomique *se prête facilement*, comme on le conçoit, *à une obstruction relative.*

C'est justement l'*obstruction relative des aqueducs* du labyrinthe qui nous paraît être une des plus importantes des *causes aggravantes du mécanisme otopiésique* de compression labyrinthique (1).

Des recherches ultérieures nous fourniront des données complémentaires *sur ce point.*

IV. — Symptomatologie de l'otopiésis.

Les symptômes de la surdité infantile grave par otopiésis sont différents, selon que cette surdité s'accompagne de phénomènes méningitiformes et convulsifs (otopiésis pseudo-méningitique, otopiésis pseudo-épileptique), ou selon que la surdité survient sans autres phénomènes importants (otopiésis simple).

Otopiésis pseudo-méningitique (2).

L'otopiésis pseudo-méningitique présente deux variétés : l'une *évolue sans fièvre*, l'autre *avec fièvre.*

A. Otopiésis pseudo-méningitique non fébrile.

Brusquement, l'enfant, bien portant les jours précédents,

(1) Comparez ce qui se passe dans l'œil. L'augmentation de pression intra-oculaire est commune à toutes les affections inflammatoires du tractus uvéal, mais il ne se produit de cécité grave par compression du nerf optique que si les voies d'excrétion des liquides oculaires sont relativement obstruées, comme dans le glaucome. Quand les voies d'excrétion sont libres, le trop plein des liquides oculaires s'échappe par ces voies et la pression intra-oculaire ne monte pas au degré nécessaire pour anesthésier et détruire les fibres du nerf optique.

(2) Comparez les descriptions de Voltolini. *Otitis labyrinthica.*

est atteint d'accidents inquiétants, analogues à ceux d'une crise méningitique. Ainsi l'enfant est pris de nausées, puis de vomissements, état syncopal. Il est immobile, froid, pâle, *il est comme mort*.

De temps en temps, il se raidit, la tête renversée en arrière, les mâchoires serrées ou les dents grinçantes, les yeux convulsés en haut, et même les bras et les jambes entrent parfois en convulsions. Aux appels de sa mère, l'enfant reste immobile, il entend mal. Au bout de quelques heures (10 à 20), il n'entend plus.

L'état général paraît grave, on craint une terminaison fatale. Les crises peuvent se reproduire pendant 2 ou 3 jours. Puis la connaissance revient tout à fait, quelquefois elle est réapparue entre les crises convulsives ; il y a généralement suspension des fonctions intestinales. L'état grave a disparu, il reste de la somnolence et de l'engourdissement.

Mais l'enfant est sourd, et il *ne peut ni marcher ni même se tenir debout*.

Si ce petit malade est assez âgé pour avoir appris sa langue maternelle, il parle encore quelque temps; puis peu à peu, *il cesse de parler*, il est sourd et muet.

Telle fut la succession des évènements chez un jeune enfant, de quatre ans environ, appartenant à une famille médicale et soigné par le Dr Seuvres, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Sur la question qui se posa de savoir si ce n'était point là une méningite, le Dr Seuvres, s'appuyant judicieusement sur l'absence de fièvre, écarta toute idée de méningite. En effet, l'enfant guérit, mais il fut 6 à 7 semaines sans pouvoir marcher. Il resta sourd, puis muet, mais il garda toute son intelligence et put ultérieurement réapprendre à parler.

Ce cas est typique; il n'y a que des variantes peu importantes dans les cas du même genre. Nous possédons une observation où la température prise chaque jour ne dépasse pas 37°8.

B. Otopiésis pseudo-méningitique fébrile.

Au tableau symptomatique précédent, ajoutez un certain mouvement fébrile, des alternatives de rougeur et de pâleur de la face, de la chaleur de la tête, un certain état comatoïde consistant surtout en assoupissement, en abattement, de la constipation — et *toujours une surdité absolue* — et l'on trouvera réunis tous les principaux signes de la méningite.

Tout cet appareil symptomatique peut cependant exister sans méningite et sans *Otitis labyrinthica*. L'état fébrile est le plus souvent dû à une affection concomitante légère, une grippe, une pharyngite, une amygdalite, une bronchite légère, un embarras gastrique, une rougeole, une scarlatine et même une fièvre typhoïde réelle.

Nous laissons de côté les convulsions si communes chez l'enfant au début des fièvres éruptives ou au début des affections fébriles de l'appareil respiratoire.

C. Otopiésis épileptiforme.

La surdité grave de l'enfance apparaît quelquefois avec un cortège symptomatique simulant absolument les crises épileptiques. Ces crises se répètent parfois plusieurs mois, puis cessent définitivement, laissant l'intelligence intacte ; mais elles s'accompagnent d'une surdité complète ou presque complète qui persiste après la disparition des crises. Nous possédons une observation où la surdité cessa presque complètement, mais se reproduisit plus tard d'une manière légère.

Le diagnostic différentiel. — Entre l'otopiésis pseudo-méningitique et la méningite cérébro-spinale vraie ne peut pas s'établir sur une physionomie spéciale des accidents méningitiformes. Cette physionomie est la même dans la méningite vraie et dans l'otopiésis, les symptômes méningitiformes étant produits dans les deux cas par l'excitation du bulbe rachidien. — Dans la ménin-

gite, c'est une excitation directe. Dans l'otopiésis, c'est une excitation réflexe par le nerf acoustique.

Les différences résident en ceci :

1° *Qu'une* SURDITÉ INTENSE APPARAIT DÈS LES PREMIERS JOURS ;

2° Que dans la pseudo-méningite des sourds-muets, *il n'y a pas de paralysie faciale double*, coexistant avec la surdité des deux oreilles, tandis que dans une méningite vraie, s'il existait des lésions méningitiques localisées au niveau des deux nerfs acoustiques et les comprimant, les fausses membranes méningitiques devraient comprimer non seulement le tronc du nerf acoustique, mais aussi le tronc du nerf facial qui lui est accolé (Voyez *fig.* 1) et produire une paralysie faciale double. Or, la paralysie faciale double est à peu près inconnue chez les sourds-muets, qu'ils aient eu ou non des accidents méningitiformes.

En troisième lieu, *l'impossibilité de marcher n'est pas la conséquence* d'une paresse réelle des membres inférieurs, car ces membres conservent leur puissance musculaire intacte, si le malade est dans la station couchée. Comme on peut le vérifier par les mouvements spontanés (coups de pieds de l'enfant) ou par la résistance qu'ils opposent aux mouvements de flexion forcée. D'autre part, les membres supérieurs conservent constamment leur puissance normale.

En quatrième lieu, dans la pseudo-méningite, *la connaissance persiste* ou reparaît très-vite, si elle a été un moment absente.

5° La survie est la règle qui ne comporte que de rares exceptions ;

6° Pour la pseudo-épilepsie de l'otopiésis, le symptôme dominant est la surdité double, tandis que l'épilepsie ne retient pas la surdité dans ses symptômes. Il existe aussi une pseudo-épilepsie auriculaire avec faible surdité ;

7° Enfin *la disparition rapide des accidents* ou des consé-

quences de la pseudo-méningite, par les ***manœuvres thérapeutiques dirigées contre l'affection de l'oreille***, entraîne la conviction que tous les symptômes observés ne dépendent ni d'une méningite vraie, ni d'une lésion primitive du labyrinthe analogue à celle qui a été décrite par Voltolini.

Nous avons cité plus haut quelques cas où les phénomènes méningitiformes et la surdité disparurent par les insufflations d'air dans la caisse.

Par ces sortes d'expériences où l'on voit un enfant paralytique recouvrer *instantanément la possibilité de marcher perdue depuis six semaines, et un autre enfant, sourd depuis sept mois, recouvrer en quelques jours l'audition, par l'insufflation d'air dans les caisses tympaniques ; par ces expériences est renversée l'hypothèse que ces accidents dépendent d'une méningite vraie ou d'un otite labyrinthique.* Nous avons déjà exposé quelle est, selon nous, la pathogénie des *accidents méningitiformes de l'Otopiésis* (1).

(*A suivre.*)

COMPTE-RENDU
DU
CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES
(8e SESSION, COPENHAGUE 1884)
Section de Laryngologie

Cinquante-deux membres étaient inscrits dans cette section ; ont été élus :

Président : Morell Mackensie.

Présidents d'honneur : MM. Schnitzler (Vienne), Gottstein (Breslau), B. Fraenkel (Berlin), F. Semon (Londres),

(1) Nos premières publications sur ce sujet ont été faites dans les *Comptes Rendus* de l'Académie des sciences, 1882 :

« Des Troubles de l'équilibration chez les jeunes enfants sourds-muets par otopiésis. »

Bosworth (New-York), E. J. Moure (Bordeaux), Héring (Varsovie).

Secrétaires d'honneur : Krause (Berlin), Martel (Paris), Hooper (Boston).

Séance du lundi 11 août 1884.

Présidence du Dr Schnitzler (de Vienne).

M. Héring (de Varsovie) fait une communication sur : **L'emploi de l'acide chromique dans les maladies du nez** (1). — Il fait fondre les cristaux d'acide chromique à l'extrémité d'une sonde métallique, en les chauffant à la flamme d'une lampe. On doit chauffer avec précaution, car si l'on chauffe trop, l'acide se décompose. L'auteur estime que la cautérisation à l'acide chromique par ce procédé pourrait remplacer le galvano-cautère, il est en effet moins douloureux, donne moins de réactions, et les parties cautérisées guérissent plus vite. Afin d'éviter l'intoxication, Héring faisait au début des irrigations nasales avec de l'eau tiède, jusqu'à ce que le liquide sortit de la narine incolore. Mais depuis quelque temps, il emploie dans ce but des irrigations au bicarbonate de soude (8 p. 1000) et fait boire au malade, avant la cautérisation, une solution bicarbonatée à 4 p. 100. On doit, avant les attouchements, nettoyer les narines avec de l'eau tiède ou boratée. Héring emploie l'acide chromique dans les cas d'hypertrophie chronique de la muqueuse des fosses nasales, alors même que la muqueuse de l'extrémité postérieure des cornets est prise. Il suffit de faire deux à six séances de cautérisation. L'auteur recommande le même procédé pour les végétations adénoïdes et les pédicules des polypes.

(1) Voir la *Revue* n° 6, 1er juin 1882.

B. Fraenkel (de Berlin) a fait fondre l'acide chromique à l'extrémité d'un fil de platine, et s'est bien trouvé de son usage. Mais il croit qu'on obtient de meilleurs résultats avec le galvano-cautère. Bien que les cicatrices qu'on obtient à l'aide de ce dernier procédé, obstruent quelquefois les fosses nasales.

Bayer (de Bruxelles) a traité par l'acide chromique des cas d'hypertrophie des amygdales et de végétations adénoïdes; il ne croit pas qu'il puisse remplacer le galvano-cautère. Il pourrait toutefois rendre des services si l'on avait affaire à des restes de polypes ou à de légères hypertrophies de la muqueuse des fosses nasales, surtout chez les personnes qui redoutent le galvano-cautère. Il fait usage de sondes en verre ayant une extrémité boutonnée, il leur donne la courbure dont il a besoin. Cette méthode est moins douloureuse que le galvano-cautère. Il n'a pas observé non plus de symptômes d'intoxications.

Böcker (de Berlin) emploie l'acide chromique en solution concentrée, et se sert d'une sonde en verre à laquelle adhère une si minime quantité d'acide qu'on n'a pas à redouter une intoxication.

Schnitzler (de Vienne) fait une communication sur :
Les inhalations médicamenteuses dans les maladies des voies aériennes. — Après avoir passé en revue toute la thérapeutique moderne concernant les inhalations, l'auteur en arrive à conclure qu'elles ne sont pas seulement efficaces dans les affections des voies aériennes primitives, soit comme remède topique, soit comme adjuvant de la thérapeutique locale, mais aussi lorsqu'on veut agir sur les petites ramifications bronchiques qui ne sont pas accessibles à un autre traitement local.

Gottstein (de Breslau). — Les inhalations ne constituent pas un traitement rationnel, parce qu'elles ne se laissent pas localiser à un point voulu, et parce qu'il faut que les remèdes

soient très dilués. La plupart des médecins en ont abusé, car ils les emploient alors qu'il existe des méthodes thérapeutiques plus exactes.

Schæffer (Brême) reproche aux inhalations d'avoir empêché la divulgation de la laryngoscopie; car beaucoup de médecins la regardaient comme inutile, puisqu'on n'avait ensuite qu'à ordonner des inhalations. D'après lui, une thérapeutique d'inhalations instituée pour le larynx ne donne jamais de résultats.

Reichart (Rostock). — Les appareils munis de tuyaux droits sont défectueux, les tubes doivent être recourbés en bas. Les pulvérisations avec des appareils ainsi modifiés pourraient aider au traitement local direct.

Beschorner (Dresde) fait observer qu'il serait difficile de se passer de la thérapeutique d'inhalations dans la dipthérie, surtout chez les enfants.

Bresgen préfère les pulvérisations froides, mais il ne les laisse pas faire aux malades seuls, car alors le contrôle est impossible et on commet la même faute que les praticiens qui prescrivent des irrigations nasales. En agissant ainsi on ne fait jamais de bien au malade, et on risque de faire beau coup de mal. Les pulvérisations froides au chlorure de zinc (avec ou sans morphine) produisent de bons effets dans la pharyngite et la laryngite aiguës surtout au début ; il en est de même dans les affections laryngiennes qui sont la cause des prétendues indispositions des chanteurs et des acteurs.

Bocker (Berlin) fait observer que les pulvérisations sont très précieuses et indispensables après une trachéotomie.

Michael (Hambourg) constate que chez des personnes atteintes d'une inflammation des poumons assez étendue et dont l'état général est encore relativement bon, les inhalations chaudes accélèrent la venue de l'état hectique.

Bocker (Berlin). — Dans la diphtérie, ce n'est pas le médicament, mais la vapeur d'eau qui a une action salutaire.

Catti (Fiume) fait observer que les exhalations rendent de fort grands services dans la pharyngite, la laryngite, la trachéïte, aiguë, etc. Si l'on a autrefois trop vanté cette méthode, on aurait tort aujourd'hui de tomber dans l'excès contraire.

Hering (Varsovie) est de cet avis, il ajoute que beaucoup d'insuccès dépendent de ce qu'on n'a pas bien indiqué au malade comment la pulvérisation devait être faite.

Chiari (Vienne) estime que les inhalations donnent de bons résultats principalement dans les affections de la trachée et des bronches qui ne sont pas accesibles à un autre traitement local. Elles sont aussi utiles dans les maladies aiguës des voies aériennes primitives et dans la bronchite putride.

Bresgen (Francfort) veut qu'on ne laisse jamais les appareils d'inhalations entre les mains des malades, sauf dans les cas de phymie et de bronchite putride, où des pulvérisations chaudes faites plusieurs fois par jour soulagent les malades, dans les autres cas, pharyngite et laryngite aiguë par exemple.

Beschorner (Dresde) fait remarquer que quoi qu'on puisse dire contre les pulvérisations, il reste toujours une série de cas dans lesquels cette méthode thérapeutique donne de bons résultats.

Bbginsky (Berlin) constate que depuis longtemps déjà on a trouvé que les remèdes exhalés atteignent les poumons.

Schnitzler résume cette discussion en disant que ses adversaires eux-mêmes ne refusent pas aux inhalations une influence adjuvante, alors que les autres leur attribuent une valeur considérable.

(*Séance du soir. — Combinaison oto-laryngologique*)
Présidence du Dr Woakes

M. Bosworh (New-York) : **Les trois amygdales, leurs structures et leurs maladies au point de vue pratique**.

L'auteur entend désigner les masses glandulaires situées entre les piliers d'une part, et celle située à la

voûte du pharynx et appelée amygdale de Luschka, du nom de l'auteur, qui le premier en donne une description complète, ou *amygdale pharyngée*. Ces trois amas glandulaires présentent les analogies les plus complètes quand à leur structure, leurs fonctions, leurs maladies.

Dans son traité sur les maladies de la gorge, l'auteur a soutenu qu'à l'état normal les amygdales ne devaient exister que virtuellement. Cette opinion, il la professe encore. D'après lui, ce n'est qu'en vertu d'un processus pathologique que les amygdales se constituent et selon que ce processus est plus ou moins développé. Toutes les muqueuses présentent une quantité plus ou moins considérable de glandes, en rapport avec la fonction qu'elles sont appelées à remplir.

De toutes les muqueuses il n'en est pas qui demande une plus grande quantité de mucus que la partie supérieure des voies aériennes, aussi dans cette région, non-seulement les glandes mucipares sont en nombre très considérable, mais encore elles sont agrégées en masse, et cette tendance à l'agrégation est surtout marquée à la voûte du pharynx et entre les piliers. A l'état sain, ces amas glandulaires ne doivent pas proéminer sur la muqueuse, et dans l'état de parfaite santé les amygdales ne doivent pas être aperçues à un examen sommaire.

Chez les adultes la muqueuse est surtout sensible, tandis que chez les enfants ce sont les tissus glandulaires qui sont plus particulièrement susceptibles ; c'est pour cette raison que la gorge et la voûte du pharynx sont particulièrement atteintes, et suivant le degré de l'inflammation, on trouve les amygdales simplement développées ou considérablement hypertrophiées.

En résumé, pour l'auteur, les amygdales sont des productions pathologiques qui n'existent pas dans le pharynx sain. On observe sur l'amygdale pharyngienne les mêmes maladies que dans les amygdales palatines, l'amygdalite catarrhale aiguë et l'amygdalite folliculaire aiguë. La première se présente sous une forme légère.

tandis que la seconde s'accompagne de symptôme fébriles graves avec production de masses croupeuses dans les cryptes. L'amygdalite phlegmoneuse qui atteint seulement les amygdales palatines consiste en une inflammation des tissus qui entourent l'amygdale, mais non dans une inflammation des amygdales elles-mêmes. Elle est d'origine rhumatismale et doit être traitée au salicylate de soude. Les amygdales hypertrophiées doivent être extirpées.

Frankel (Berlin) n'admet aucune des hypothèses que vient d'émettre Bosworth.

Félix Semon (Londres) ne les admet pas non plus, les idées de Bosworth ne sont pas prouvées par les observations anatomiques et elles sont en contradiction avec les opinions de Luschka acceptées jusqu'à présent partout. On ne devrait pas non plus affirmer qu'il n'y a qu'un seul traitement pour les amygdales hypertrophiées.

Daly (Pittsburgh) se range à l'opinion de Bosworth et recommande une extirpation radicale même pour les amygdales peu hypertrophiées.

Après quelques observations de O. Chiari (Vienne), concernant l'hémorrhagie à la suite de l'amygdalotomie, MM. W. Meyer (Copenhague), et Woakes de (Londres), parlent de la céphalalgie et de l'asthme aigu qui sont parfois les seuls symptômes remarquables d'une inflammation de l'amygdale pharyngée.

M. Bresgen (Francfort) fait une communication sur : **Le catarrhe chronique naso-pharyngien.** — Les hémorrhagies nasales dans la rhinite chronique sont ou spontanées, elles résultent alors d'un état congestif de la muqueuse, ou traumatiques, lorsque des croûtes adhérentes à la muqueuse sont détachées mécaniquement.

La rhinite fétide (ozène) n'est pas une maladie spéciale. La muqueuse hyperplasiée offre un terrain propice au développement des ferments de putréfaction. Les

névroses réflexes, causées par la rhinite chronique, occasionnent chez quelques malades des troubles psychiques graves, parce qu'ils supposent que les symptômes qu'ils éprouvent proviennent d'une affection cérébrale grave.

Semon (Londres) fait observer qu'il existe des hémorrhagies nasales, qui ne dépendent ni du traumatisme, ni d'une affection locale du nez, mais qui sont occasionnées par des maladies dyscrasiques et par des troubles de la circulation. Bresgen au reste admet cette opinion.

Krauss (Berlin) considère l'ozène comme une maladie spéciale. La mauvaise odeur provient de la décomposition des mucosités riches et acides gras et sécrétées par une muqueuse exsangue et n'ayant qu'une petite quantité de glandes.

(*A suivre.*) Dr L. L.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

De la Phtisie bacillaire, par M. le professeur G. Sée (1).

Dans cet ouvrage, l'auteur, ainsi que le titre l'indique, admet et s'attache à prouver l'origine bacillaire de la tuberculose. Pour lui la phtisie est bacillaire : « C'est, dit-il, une maladie virulente, due à un micro-organisme, spécial, spécifique, toujours inoculable aux animaux, transmissible de l'homme malade à l'homme sain par voie de contagion directe, bien plus souvent propagée par voie d'hérédité, très fréquemment localisée dans un seul organe et pouvant ainsi guérir sans compromettre le reste de l'organisme. »

Avant d'étudier le bacille de la tubercule lui-même, l'auteur consacre quelques pages à la biologie des micro-organismes en général. Après avoir étudié la cause des

(1) Adrien Delahaye et Emile Lecrosnier, éditeurs, Paris, 1884.

lésions, l'auteur s'occupe de la lésion elle-même, je veux parler du tuberculose, de ses formes anatomiques, de son évolution dans les différents organes, dans le poumon en particulier.

Le bacille est donc la cause de la tuberculose ; pour que la maladie se produise, il doit pénétrer dans l'organisme. Mais il peut y pénétrer de diverses façons, et l'auteur admet des causalités expérimentales, des causalités externes, tenant aux milieux dans lesquels se trouve l'individu, au genre de vie qu'il mène, aux aliments dont il se nourrit, et enfin, des causalités vitales et physiologiques qui préparent au micro-organisme un terrain favorable à son développement. L'auteur passe ensuite à l'étude clinique de la phtisie, il étudie ses diverses formes, pour terminer par la thérapeutique de l'affection. Nous ne le suivrons pas dans son étude fort détaillée et des plus complètes. Ce serait au reste sortir du cadre d'étude restreint de la *Revue*; toutefois, nous resterons complètement dans notre domaine en rapportant les idées de l'auteur sur la tuberculose laryngée.

Le larynx chez les tuberculeux se modifie de diverses façons :

1° Il peut être le siège d'une tuméfaction catarrhale qui altère profondément la voie;

2° Il peut y avoir une *anémie* encore peu étudiée de la muqueuse;

3° Le larynx peut être indemne, mais la compression du recurrent par les ganglions infiltrés amène des complications laryngées;

4° Enfin il peut se produire dans le larynx la véritable laryngite ulcéro-tuberculeuse.

L'auteur admet que la phtisie peut se développer promptement dans le larynx et étudie des lésions qu'elle y fait naître.

Telles sont en quelques mots les matières traitées dans cet ouvrage, monographie complète de la tuberculose. M. le professeur G. Sée a réuni dans cette étude les résultats des plus récentes découvertes scientifiques à ce sujet, et celui de ses propres études.

C'est un travail qui sera toujours consulté avec fruit, non seulement par l'homme de science, mais aussi par le praticien, trop souvent, hélas ! appelé à donner ses conseils et ses soins aux malheureuses victimes de cette maladie.

J. CH.

Du diagnostic de la tuberculose pulmonaire, étude du Dr MAX SCHAEFFER, de Brême.

310 malades, atteints d'affections pulmonaires, observés par Schaeffer, pendant 1874 jusqu'au mois d'octobre 1882, ont fait naître en lui cette conviction, que :

1° Certains symptômes morbides laryngés, réunis à certains autres symptômes, permettent, avant toute manifestation locale, de poser de très-bonne heure le diagnostic du commencement d'une affection tuberculeuse des poumons ;

2° Les affections tuberculeuses pulmonaires sont accompagnées, presque sans exception, d'une affection simultanée du larynx. L'auteur avait toujours remarqué que beaucoup de personnes, qui se plaignaient d'une pesanteur vague, d'une espèce de douleur rhumatismale à la poitrine, ou de légères difficultés de respiration, étaient atteintes de légers catarrhes chroniques laryngés, avec symptômes de parésie surtout des constricteurs de la glotte, offrant cette particularité, que les parésies subsistèrent même après la disparition du catarrhe, et résistèrent à l'application de courants continus, etc. Souvent ces malades n'avaient la voix enrouée que le soir, toussaillaient beaucoup sans expectorer des crachats véritables, et jamais l'auteur ne put y découvrir le bacillus de la tuberculose. L'examen de la poitrine donnait également un résultat toujours négatif au début. Un mois après au plus tard la toux devint sèche, irritante, et c'est alors que les premiers symptômes se manifestèrent du coté des poumons et presque sans exception du côté correspondant à la parésie laryngée.

Une seconde série de malades, offrent les symptômes décrits ou une infiltration d'une des fausses cordes vocales sans que bien entendu l'examen de la poitrine donne de

résultat positif. Ils sont pris tout d'un coup d'hémoptysie plus ou moins grave, provenant régulièrement du même côté, où l'on a constaté l'affection laryngée. Quelquefois la parésie se déclare seulement après l'hémoptysie.

La parésie peut être également observée chez des malades ayant des restes de pleurésie et bon nombre succombent plus tard de tuberculose pulmonaire. Quand l'affection pulmonaire s'améliore, on voit la parésie suivre la même marche pour disparaître complètement vers la fin.

74 fois sur 310 malades Schaeffer avait observé les symptômes de parésie, donc 24 fois p. 0/0, et si l'on décompte 152 cas de phtisie laryngée et 48 cas de périchondrite laryngée, ce qui donne 74 cas sur 110, on arrive à 67,2 p. 0/0.

Anatomiquement, Schaeffer explique ces observations, d'après Zuschka, par les lésions auxquelles le nerf récurrent est exposé dans son trajet, par un léger gonflement ou une infiltration des glandes bronchiques ou du tissu pulmonaire, sans qu'on puisse en constater l'existence ni par l'auscultation, ni par la percussion. Le son tympanique, qu'on observe plus tard aux sommets s'expliquerait par un état de parésie des éléments alvéolaires, semblables à celui de la corde vocale parétique, qui, manquant de force pour éliminer les sécrétions amènent une accumulation d'air résiduel dans les bronches, condition excessivement favorable, pour que le bacillus de la tuberculose s'y fixe et y prospère, surtout, s'il y a une disposition héréditaire!

Pour expliquer la seconde série, l'auteur cite les expériences de Hiller, qui croit avoir démontré d'une manière positive, que l'hémoptysie est déjà précédée, à une époque où l'on ne peut généralement pas encore trouver un symptôme quelconque d'une affection pulmonaire, par des sécrétions contenant le bacillus de la tuberculose. 19 p. 0/0 des malades de Schaeffer étaient atteints d'hémoptysie.

50,3 p. 0/0, des malades étaient atteints d'une affection laryngée, siégeant du même côté que l'affection pulmonaire. Le poumon gauche était plus souvent atteint que le poumon droit, 34 p. 0/0 du côté gauche, 20 p. 0/0 du côté droit.

64,5 p. 0/0 hommes; 40 p. 0/0 femmes.

La fréquence va en augmentant de la 15e à la 40e année, pour descendre ensuite de la même façon.

D'après la statistique de Schaeffer, les cas dans lesquels se produit la parésie donneraient également le meilleur résultat, quant à la guérison ou à l'amélioration de la tuberculose pulmonaire, et seraient une preuve que cette affection peut être combattue plus efficacement en naissant.

Le traitement de l'auteur est basé sur les règles modernes de thérapeutique pulmonaire.

Il a obtenu 7 p. 0/0, guérisons relatives, et 29 p. 0/0 améliorations.

Dans la plupart des cas, il s'agit d'enrayer le processus morbide ou de soulager le malade.

Le traitement laryngé local, est indispensable pour ne pas laisser mourir misérablement ces malheureux, à la façon de certains praticiens, qui préconisent le *dolce far niente*. En terminant, il préconise l'isolement des malades; autant que possible, il faut brûler les crachats et recommander aux malades de ne jamais les avaler.

(*Separatabdruck. der Deutsch. Med. Wochenschr.* n° 21, 22 et 23.)

Bayer.

Du traitement local de la Tuberculose laryngienne,
par le Dr Gouguenheim.

Le Dr Gouguenheim rappelle les divers traitements employés pour atténuer et quelquefois guérir cette affection si commune et si souvent incurable.

Avec la plupart des auteurs il repousse la médication caustique pour donner la préférence aux solutions très légèrement astringentes ou même calmantes, et cependant il conseille l'emploi de la méthode galvano-caustique, sous forme de pointes de feu sur l'épiglotte œdématiée, sur les replis aryépiglottiques et il va même jusqu'à cautériser les végétations polypoïdes qui se développent assez souvent dans certaines formes de tuberculose laryngée.

Enfin, M. Gouguenheim termine son article en rappelant que la trachéotomie est parfois nettement indiquée et doit être pratiquée, pour sauver la vie du malade compromise par la sténose glottique.

L'auteur ne semble pas avoir jamais eu d'œdème aigu, des replis ary-épiglottiques, après une cautérisation galvanique; fait que nous avons, pour notre part, observé plusieurs fois, quant au traitement chirurgical des végétations tuberculeuses, il nous semble plus prudent, dans ces cas, de s'abstenir de toute intervention active. (1) (*Bullet. de thérapeut.* 30 Mai 1884.)

Chorée du larynx (*Chorea laryngis*), par le Dr Frédéric Knight, de Boston.

Le but de l'auteur, dans ce travail, est d'appeler l'attention sur les différents cas rapportés par les auteurs, sous le titre de : *Chorée du larynx*, et de les discuter. Dans l'état actuel de la science, il ne croit pas qu'on puisse en distraire les cas de chorée laryngienne qui relèvent de l'hystérie, même lorsque les désordres nerveux sont aussi marqués que dans les cas de Geissler et de Holland. Les troubles choréiques dans le larynx sont, très probablement, la manifestation d'une même condition morbide des centres nerveux. L'existence de l'hystérie ou de toute autre maladie du système nerveux n'est pas suffisante pour condamner l'emploi du terme : *Chorée du larynx*.

En 1877, Massei considère quelques-uns de ces cas comme étant le résultat, non d'une névrose de la matrice, mais d'une action réflexe due à une hypéresthésie laryngée.

Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne voyons aucun inconvénient à ranger dans la chorée du larynx tous les cas dans lesquels il se produit une contraction involontaire des muscles du larynx, en reconnaissant toutefois que ce ne sont là que des manifestations symptomatiques.

Les cas de chorée laryngienne peuvent se diviser en trois classes :

1° Ceux dans lesquels non seulement les muscles du larynx mais encore des muscles expirateurs du thorax et de l'abdomen sont affectés, donnant lieu à la toux aboyante.

Ce genre de cas a, depuis longtemps, attiré l'attention, et de nombreuses observations ont été publiées sous les titres de : *Toux hystérique, Toux spasmodique,* et aussi de : *Chorée laryngienne.*

La maladie consiste en une toux arrivant par crise et accompagnée plus ou moins de l'émission d'un son que l'on décrit d'ordinaire comme un aboiement. Il peut se développer subitement chez des enfants présentant toutes les apparences de la santé. Les paroxysmes surviennent parfois à certains moments de la journée (cas de Geissler), mais le plus souvent pendant la journée tout entière avec des intervalles de repos de durée égale. Les phénomènes cessent pendant le sommeil. Ils affectent le plus souvent les très jeunes sujets. L'éternuement peut accompagner parfois la toux aboyante.

Dans les cas de ce genre, l'examen laryngoscopique ne révèle rien d'anormal; quelquefois, cependant, il existe une légère congestion des cordes vocales ;

2° La seconde classe comprend les cas dans lesquels les muscles du larynx sont seuls affectés. Il n'en existe qu'un seul cas publié par l'auteur dans les *Archives of laryngology*. Dans le premier volume, l'auteur le rapporte ; il s'agit d'un homme de quarante-deux ans qui était atteint de spasme des péristaphylins coïncidant avec la contraction rhythmique des adducteurs du larynx. Il employa comme traitement, mais sans résultats, l'arsenic et la quinine ;

3° La troisième classe, enfin, comprend les cas où les muscles respiratoires seuls sont affectés et qu'on a improprement rapportés à la chorée du larynx. Chiari en a rapporté un cas.

Le pronostic est grave, peu de malades guérissent. Les agents thérapeutiques qui ont rendu le plus de service dans le traitement de la maladie sont la quinine, les courants continus, le fer et les douches froides administrées au malade à sa sortie d'un bain tiède. *(Archives of laryngology*, juillet 1883.)

J. Ch.

Considérations sur l'infiltration lépreuse de l'épiglotte et de ses rapports avec les bacilles de la lèpre *(Report on leprous infiltration of the epiglottis, and its dependance on the bacillus lepræ)*, par le Dr George Thin.

M. George Thin se propose, avant tout, de démontrer la nature parasitaire de la lèpre et la manière dont le bacille, qui caractérise cette affection, envahit peu à peu les tissus et les organes du corps humain. La peau, le foie, la rate et le larynx, sont, dit-il, les parties le plus souvent atteintes. Il rapporte ensuite l'histoire d'un malade, âgé de trente-quatre ans, mort de la lèpre à Sidney, et dont le Dr Cox, médecin du malade, lui a fait parvenir le larynx conservé dans l'alcool.

Les cordes vocales étaient en partie détruites et la muqueuse tellement tuméfiée que le passage de l'air pendant la vie devait être notablement rétréci. L'épiglotte était également rouge et augmentée de volume. Ainsi que l'a fait remarquer avec raison le Dr F. Semon, le rétrécissement du larynx étant survenu peu à peu, le malade devait encore respirer suffisamment pour vivre, s'étant habitué à une sorte de diète respiratoire.

A l'examen microscopique il était facile de voir que le gonflement occupait surtout le tissu sous-muqueux et qu'il n'était pas entièrement composé d'infiltration lépreuse. L'épithelium et le cartilage paraissaient sains. L'infiltration de la lèpre était en masses parfaitement nettes et circonscrites. (*Brit. med. Journ.* 19 juillet 1884.)

Laryngotomie. Guérison (*Laryngotomy with recovery*), par le Dr Frank Machinnon.

L'auteur rapporte qu'il fut appelé auprès d'un malade dont la respiration était naturellement gênée. Voulant se rendre compte de la nature de l'obstacle qui empêchait l'entrée de l'air dans les voies aériennes, il crut *devoir introduire son doigt* dans le larynx. Il constata bien par ce moyen l'existence d'un gonflement accusateur de la muqueuse de l'organe vocal, mais le malade fut pris d'un tel accès de suffocation que pour

le sauver il se vit obligé d'ouvrir une voix artificielle pour le passage de l'air et il pratiqua *la laryngotomie*. Un peu plus loin, l'auteur ajoute qu'il s'agissait d'un cas d'œdème aigu et intense de la glotte.

Il faut avouer que l'examen laryngoscopique eût été moins dangereux que l'introduction du doigt et la trachéotomie pure et simple nous eût semblé suffisante pour parer au danger de mort. *(Edimb. med. Journ.*, mars 1884.)

Contribution à l'étude du pronostic de la résection du pneumogastrique, clinique du prof. Kocher, par A. Vogel.

L'auteur relate 3 cas de résection du nerf vague :

1° A l'occasion de l'extirpation de glandes carcinomateuses du cou, 3 cent. de la veine jugulaire interne gauche, et 5,2 cent. du nerf vague furent réséqués. C'est seulement le 9ᵉ jour après l'opération, que cette élimination du récurrent gauche se fit sentir; la voix, claire et timbrée jusque-là, devint rauque, conséquence de la paralysie complète de la corde vocale gauche.

L'explication de l'auteur est celle-ci : déjà avant l'opération, des anastomoses du pneumogastrique droit et du laryngé supérieur gauche auraient renforcé le laryngé inférieur gauche altéré dans sa fonction ; ils auraient également remplacé le laryngé inférieur après sa destruction dans les premiers jours qui suivirent l'opération pendant lesquels le malade se tenait tout à fait tranquille et faisait peu d'usage de sa voix, mais du moment, où ces exigences augmentèrent, les fibres auxiliaires ne suffirent plus à l'innervation, et il en serait résulté une paralysie complète de la corde vocale avec enrouement.

Dans le second cas, il s'agit de strume carcinomateuse, dont l'extirpation exigeait l'enlèvement d'une partie du larynx, d'une partie de la veine jug. int., de 8 cent. de la carotide primitive, ainsi que de grands morceaux du pneumogastrique, du grand sympathique, et de l'hypoglosse. Mort 10 heures après par suite de la perte du sang.

Troisième cas, lymphosarcome du cou; extirpation avec résection du pneumogastrique, d'une partie du plexus cervical, section du grand sympathique, ligature des veines jugulaire interne et sous-clavière, et des artères vertébrale et sous-clavière. Mort le 4e jour par suite d'hémorrhagies répétées.

Dans aucun de ces 3 cas on ne vit paraître, en dehors de la paralysie du récurrent, des phénomènes qu'on aurait pu attribuer à la section du nerf vague, de sorte que la section unilatérale de ce dernier nerf, soit à gauche, soit à droite, n'aurait aucune importance pour la vie.

(*Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*. n° 19., *Centralbl. für chir*. n° 47).

BAYER.

Un cas de spasme clonique des muscles réleveurs du voile du palais produisant un bruit rythmique, semblable au tic-tac de la montre (*Ein fall von clonischem Krampf der Gaumenheber, wodurch ein rythimch tickendes Géräusch hervorgebracht wourde*), par le Dr Cornelius WILLIAMS.

Chez une fille âgée de 12 ans, ayant des antécédents héréditaires de nature psychique, survinrent, il y a deux ans, à la suite d'une frayeur des spasmes cloniques des muscles réleveurs du palais, persistant jusqu'à aujourd'hui. On peut compter dans une minute jusqu'à 120 contractions alternant avec des périodes de repos. Coïncidant avec chaque relâchement musculaire on percevait un bruit ressemblant au tic-tac d'une montre entendue de loin. Les spasmes durèrent toute la journée ayant toujours à peu près la même fréquence. Pendant le sommeil seulement les spasmes et les bruits cessèrent. Il existait aussi pendant la journée de l'incontinence d'urine. L'auteur croit que cette affection était sous la dépendance de la chorée dont la malade présentait beaucoup de symptômes. D'après lui le bruit de tic-tac que l'on entendait, au moment du repos musculaire, était dû au vide que produit le décollement du voile du palais accolé par le spasme à la voûte du pharynx; car il survint une amygdalite accompagnée d'un gonflement des tissus voisins qui, empêchant

la fermeture hermétique de la cavité naso-pharyngienne, fit cesser les bruits malgré la persistance des spasmes cloniques. (*Zeitschr., f. Ohrenheilk. Band* XIII, *Heft.*, 2, 3.)

L. L.

Contribution à l'étude du coryza vaso-moteur périodique ou « Fièvre de Foin ». (*A. contribution to the study of, coryza vasomotoria periodico, or so called Hay-Fever*), par le Dr John Mackensie, de Baltimore.

Les dénominations de fièvre de foin, athsme de foin, fièvre de pollen, sous lesquels on a désigné la maladie, paraissent défectueuses à l'auteur et propres à perpétuer sur cette affection des vues erronées. Il propose de lui substituer la dénomination du coryza vaso-moteur périodique, dénomination qui a l'avantage de ne rien préjuger sur la nature de la maladie et d'indiquer ses principaux symptômes. L'auteur donne ensuite les opinions émises par divers auteurs sur la fièvre des foins. C'est une névrose pour Beard, de New-York; Roé, de Rochester, la considère comme due à l'action du pollen sur les fosses nasales.

L'auteur rappelle ensuite ses expériences à propos de la toux nasale (1) et pense que dans la fièvre de foin la même zone, partie postérieure du cornet inférieur et de la cloison, est aussi le siège de l'irritation et jamais il n'a observé la fièvre des foins dans les cas d'atrophie ou de destruction complète des tissus. La maladie peut toujours être guérie par la destruction artificielle des tissus érectiles des fosses nasales.

L'exagération de sensibilité des tissus caverneux résulte d'une congestion qui peut être produite soit par des causes internes, soit par des causes externes. Parmi ces dernières, les substances suspendues dans l'atmosphère (pollen, matières organiques diverses, etc.), jouent un très grand rôle. L'influence d'un corps irritant quelconque dans la production de la maladie dépend, selon toute probabilité, de la nature de l'agent et de son séjour dans les fosses nasales. Le

(1) Voir la *Revue* du 1er Mars, p. 104.

traitement de l'affection devra avoir pour but d'abord de diminuer la sensibilité réflexe des cornets, et, si cela ne suffit pas, on devra détruire, en totalité ou en partie, ces tissus eux-mêmes ; on devra s'adresser en outre aux toniques du système nerveux (Bromure, belladone, chloral, etc.). L'auteur cite ensuite à l'appui de sa thèse une observation des plus concluantes. *(The medical Record N.-Y.*, 19 juillet 1884.)

J. C.

Recherches expérimentales sur la course de l'air dans les fosses nasales, par le Dr Paulsen de Kiel. *(Bulletin des séances de l'Académie des sciences*, avril 1882.)

L'auteur scie en deux une tête de cadavre en longeant la cloison médiane des fosses nasales ; il tapisse l'intérieur de ces fosses ainsi que les cavités accessoires de papier de Tournesol rouge et remet ensuite en place les deux moitiés en ayant soin de bien obturer la ligne de section.

Puis au moyen d'un soufflet adapté à la trachée du sujet il aspire de l'air qui, avant d'arriver dans les fosses nasales, barbotte dans une solution d'ammoniaque.

Ce procédé permet de constater au moyen de la réaction que la plus grande partie de l'air inspiré décrit une courbe ascendente le long du septum pour retomber au niveau inférieur de l'oreille ; qu'une partie très peu considérable de l'air inspiré passe par les méats du nez.

Il en est de même pour l'expiration; toutefois, les morceaux de papier tapissant les méats supérieur et moyen étaient vivement colorés.

Traitement des polypes du nez (*Treatement of nasal polypi*), par le Dr Richardson.

L'auteur recommande l'emploi de l'éthylate de sodium appliqué à l'aide d'un tampon de ouate placé sur un porte-ouate ou de pinces, le coton saturé de ce médicament est placé sur la substance même du polype. Au bout de quelques jours le néoplasme tombe de lui-même et l'on fait une deuxième ap-

plication sur le pédicule. L'éthylate est décomposé par l'eau contenue dans la tumeur en soude caustique et alcool, ce dernier coagule l'albumine et le premier agit comme caustique. (*The Lancet*, 26 juillet 1884, p. 161).

Cas de polype naso-pharyngien, ablation par l'écraseur et le Thermo-cautère. *(Case of naso-pharyngeal Polypus; Removad by The Ecraseur and actual Cautery)*, par W.-J. Walshams, *chirurgien assistant au Bartholomew's hospital.*

Le malade, âgé de quarante ans, est vu pour la première fois par l'auteur en janvier 1884. Il se plaint de sténose de la narine droite, accompagnée d'un écoulement abondant des deux narines quelquefois sanguinolent. Maux de tête continuels, douleurs s'irradiant de l'oreille droite à l'oreille correspondante. A l'examen des fosses nasales antérieures on ne découvre rien, pas même avec l'aide du spéculum de Zaufal. Une sonde en caoutchouc, introduite dans les fosses nasales révèle une obstruction des arrière-fosses nasales. La narine gauche est libre. L'examen rhinoscopique postérieur révèle l'existence d'une tumeur assez considérable siégeant dans la cavité naso-phryngienne. Cette tumeur saigne très-facilement. Le simple attouchement avec le doigt amène une hémorrhagie abondante. Le néoplasme ayant en quelques jours considérablement augmenté de volume, bien que ses rapports exacts n'aient pas été exactement déterminés, on se décide à intervenir; la tumeur fut enlevée avec l'écraseur et le thermo-cautère, après avoir sectionné le voile du palais et le tiers postérieur de la voûte palatine. L'opération dura une heure et s'accompagna d'une perte de sang considérable en raison de la grande vascularisation de la tumeur et de sa tendance à saigner au plus simple attouchement. La tumeur avait le volume d'une petite orange; l'examen histologique démontra qu'il s'agissait d'un polype fibreux naso-pharyngien. Quinze jours après le malade sortait guéri de l'hôpital (*The Lancet*, 19 juillet 1884).

J. C.

Bordeaux. — Impr. Nouv. A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

AVIS A NOS ABONNÉS

Nous avons l'honneur de prévenir nos abonnés, dont l'abonnement expire le 1er janvier 1885, de vouloir bien, pour éviter les frais de recouvrement, adresser le montant de leur renouvellement à M. O. DOIN, éditeur, 8, place de l'Odéon, à Paris.

Les nouveaux abonnés sont instamment priés d'écrire lisiblement leur nom et leur adresse afin d'éviter toute cause d'erreur et de retard dans l'envoi du journal.



A NOS LECTEURS

L'étude des maladies du larynx, des oreilles et des organes connexes a fait dans ces dernières années de réels et rapides progrès. Désireux de tenir les lecteurs au courant de la science, nous avons dû apporter à la *Revue* d'importantes modifications. C'est ainsi que, désormais, chaque numéro comprendra quarante pages de texte; le sommaire, au lieu d'être placé à la première page, sera imprimé au verso de la deuxième couverture.

Bien que nous recevions déjà un grand nombre de journaux, le nombre des publications périodiques ayant pour objet les sciences médicales, est de nos jours si considérable, qu'il nous est impossible de les posséder toutes ; nous prions donc ceux de nos lecteurs qui auront publié des travaux sur les sujets dont s'occupe la *Revue*, de nous envoyer soit le numéro du journal dans lequel le travail aura paru, soit un exemplaire du tirage à part, si on en a fait un, quelle que soit au reste la langue dans laquelle il aura été publié. Tous ces travaux seront pour la plupart analysés, ou tout au moins signalés à l'index bibliographique que nous nous attacherons à rendre aussi complet que possible.

En dehors des analyses, nous nous efforcerons de toujours donner un compte-rendu des Sociétés savantes, et particulièrement de celles qui s'occupent d'une manière plus spéciale des maladies du larynx, des oreilles, du nez et des organes connexes.

Malgré ces modifications, le prix de l'abonnement ne sera pas augmenté.

D[r] E. J. MOURE.

SOMMAIRE

N° 2. — Février 1885.

Travaux originaux

Sociétés savantes

Revue générale, Analyses

Index Bibliographique



DE LA SURDI-MUTITÉ PAR OTOPIÉSIS OU PAR COMPRESSION AURICULAIRE (1)

(*Suite et fin*)

Par le Dr Boucheron (Paris)

Otopiésis simple.

La surdité infantile grave par otopiésis simple, c'est-à-dire sans accidents cérébraux graves, survient tantôt brusquement, tantôt insidieusement, soit quelque temps après la naissance, soit immédiatement après la naissance.

Otopiésis à début brusque. En voici un exemple. — Un enfant de quatre ans, bien portant qui entendait encore, à l'heure du déjeuner, fut pris dans l'après-midi d'une surdité intense avec mutité subite. La veille au soir, il avait été aspergé d'eau de seltz et il était encore mouillé au moment de son coucher, la surdité persista ainsi que la mutité. Il est vrai qu'aucun traitement ne fut employé. La genèse de cette surdité nous paraît s'expliquer très simplement par un catarrhe naso-tubo-auriculaire *à frigore*. D'autant plus que, lors de notre examen, un an environ après l'accident, nous avons trouvé l'enfant atteint d'un catarrhe naso-pharyngien chronique, dont l'exacerbation *à frigore* a pu produire l'obstruction complète des trompes et la surdité. Des surdités semblables se produisent, comme on sait, chez l'adulte. Mais un traitement immédiat, réclamé par le malade, fait généralement cesser les accidents.

Otopiésis à début lent postérieur à la naissance. — Dans les familles où existe déjà un sourd-muet, les autres

(1) Voir n° 1, janvier 1885, p. 1.

enfants sont observés anxieusement à leur naissance ; on constate alors que le nouveau-né entend après quelques jours d'existence, qu'il se retourne quand on entre dans sa chambre, quand on parle, quand on fait du bruit. Puis au bout d'un certain temps, l'enfant devient peu attentif aux paroles, aux bruits. La surdité s'établit, et lorsque l'enfant est en âge de parler, la parole fait défaut.

Chez les enfants premiers-nés, chez les enfants élevés en nourrice, le début de la surdité ne peut être précisé.

Personne ne peut affirmer que dans ces cas la surdité est congénitale.

Otopiésis immédiatement postérieure à la naissance. — Dans les familles où existent plusieurs sourds-muets, il a été constaté positivement mais rarement, que de jeunes enfants, bien constitués d'ailleurs et intelligents, n'ont jamais entendu. On ne peut pas encore affirmer ici que la surdité est congénitale et qu'elle dépend d'une malformation de l'oreille interne. Car nous indiquons plus loin comment peut se produire une forme grave de surdité immédiatement après la naissance, sur une oreille, dont toutes les parties sont bien conformées. Ce qui restreint encore les cas où, chez les sujets intelligents, la surdité est réellement congénitale.

PHÉNOMÈNES NERVEUX COEXISTANT AVEC LA SURDITÉ INFANTILE GRAVE. — Il existe des phénomènes nerveux, bizarres chez un très grand nombre d'enfants sourds-muets par otopiésis. Ce sont des cris sauvages, violents, répétés, quelquefois plusieurs fois par jour. Des accès de colère avec tendance à la destruction, une irritabilité excessive et souvent un caractère insociable, triste, sombre. Quelquefois une absence de tendresse pour les parents.

La décompression des nerfs labyrinthiques par les insufflations dans la caisse font cesser tout ces phéno-

mènes d'excitation cérébrale réflexe. Les cris disparaissent, l'irritabilité cesse et le caractère devient gai, affectueux et doux.

La constatation de ces phénomènes a dû en imposer souvent pour une affection cérébrale réelle. Leur disparition rapide par quelques insufflations d'air montre bien qu'ils sont simplement sous la dépendance d'une excitation des nerfs labyrinthiques.

Les sourds-muets adultes et les simples sourds par otopiésis grave ont souvent de ces modifications du caractère qu'un traitement de l'oreille ramène à l'état normal.

A. — Examen de la fonction auditive chez un jeune enfant soupçonné de surdité grave ou de surdi-mutité.

L'enfant devient muet lorsque son degré de surdité est tel qu'il ne puisse entendre distinctement les sons vocaux qui sont les éléments de la parole.

Quand l'enfant entend d'autres bruits plus intenses tels que les sons musicaux forts, coup de sifflet, son de la trompette, son de cloche; ou s'il entend seulement des bruits non musicaux, tels que battements de mains, chocs sur une porte, claquement de fouet, détonation d'armes à feu, l'enfant n'en sera pas moins muet, si l'audition n'est pas améliorée plus tard par un traitement.

Par conséquent, tout enfant non complètement sourd, mais assez sourd pour ne pas distinguer son nom d'avec le nom d'une autre personne; ou encore tout enfant qui n'entend pas le bruit d'une montre appliquée sur son oreille, ou la vibration d'un diapason placé près de l'oreille, et, à plus forte raison, appliqué sur l'oreille et sur le crâne, est un enfant menacé de surdi-mutité (1).

(1) Pratiquement, pour examiner un jeune enfant soupçonné de surdité, on se place derrière lui, on l'appelle par son nom, à mi-voix, puis à voix forte, puis à voix très forte; on sait ainsi si l'enfant entend la voix faible, moyenne ou forte, de près. En répétant cette expérience, en se plaçant à plusieurs

Un point très important à élucider, c'est de savoir si la perception de tel ou tel son, si *la perception des vibrations du diapason*, par exemple, *peut faire préjuger l'état anatomique du nerf acoustique* et par conséquent peut faire *préjuger les résultats ultérieurs du traitement.*

Cette question est très controversée ; voici comment elle nous paraît devoir être résolue pour ce qui regarde les jeunes enfants atteints de surdité grave.

La surdité infantile dont nous nous occupons, étant la conséquence d'une compression des nerfs de l'oreille, plusieurs cas peuvent se présenter : 1° la compression est intense, mais assez récente, l'anesthésie acoustique est complète — le diapason n'est pas entendu ; 2° la compression a déjà détruit un certain nombre de fibres acoustiques, mais il existe encore des fibres intactes, tout à fait anesthésiées. — Il peut ne pas y avoir encore de perception ; 3° la compression cesse, les fibres détruites ne peuvent rien percevoir, mais les fibres restantes perçoivent le diapason. — La perception du diapason indique alors simplement l'excitabilité d'un certain nombre de fibres nerveuses par un excitant puissant. On ne peut pas conclure malheureusement de ce fait que l'ouïe pourra s'améliorer (1).

C'est ainsi que des sourds-muets adultes ou adolescents peuvent percevoir les vibrations du diapason, des bruits musicaux et même des bruits vocaux inten-

mètres derrière lui, on apprécie comment l'enfant entend la voix à distance. Si l'enfant n'entend pas la voix, l'expérimentateur toujours placé derrière l'enfant, frappe sur un piano, siffle dans un sifflet puissant (sifflet militaire, par exemple). On agite une sonnette, on frappe dans ses mains. On laisse tomber à terre une pièce de 5 francs d'argent, on frappe sur une porte, on fait détonner une amorce de pistolet d'enfant. Puis on applique une montre contre l'une ou l'autre oreille, on en fait sonner la sonnerie, on en tourne le remontoir. Enfin on applique un diapason vibrant à l'une ou l'autre oreille ou sur le crâne, ou l'on emploie l'acoumètre de Politzer. La perception de ces bruits ne fait que dénoter la persistance d'un certain degré d'audition.

(1) Comparez, Politzer : *Traité des maladies des oreilles*. Gellé. Société de Biologie, 1884.

ses sans que l'ouïe puisse être améliorée, tandis que chez un tout jeune enfant dont les nerfs auriculaires sont depuis peu de temps soumis à une compression intense, on peut ne constater aucune perception sonore d'aucune sorte, parce que toutes les fibres du nerf acoustique sont totalement anesthésiées. — Et cependant, après décompression des fibres nerveuses, la fonction auditive peut reparaître au point de laisser percevoir les sons vocaux moyens et la parole articulée. (Comparez Bonnafont : *Traité des maladies de l'oreille.*)

L'élément capital du pronostic dans une surdité infantile, c'est *l'intensité de la compression que nous ne pouvons jusqu'ici facilement apprécier et, d'autre part, la durée de la compression qui peut nous faire supposer qu'un nombre plus ou moins considérable de fibres acoustiques sont encore existantes.*

B. — Examen otoscopique.

La grande majorité des tout jeunes sourds-muets ont *l'oreille externe et la membrane tympanique normalement construites* et intactes; mais le plus souvent la membrane tympanique *est déprimée*, et la petite apophyse et même la grande apophyse du marteau sont en saillie. De petites dépressions en fossettes s'observent au-dessus de la petite apophyse.

La coloration de la membrane est le plus souvent normale, mais lorsqu'on examine pendant plusieurs mois de suite l'oreille des jeunes sourds-muets, on constate fréquemment que de temps en temps apparaît *une rougeur de la membrane tympanique, disposée en forme de croissant*, siégeant au-dessus de la membrane (rougeur supra-tympanique). Cette *rougeur supra-tympanique* est souvent accompagnée d'une certaine vascularisation du manche du marteau.

Ces crises de rougeur supra-tympanique correspondent à une poussée aiguë de catarrhe naso-pharyngien, d'obstruction de la trompe et d'inflammation de la muqueuse tympanique;

cette inflammation se traduisant par une vascularisation de la membrane tympanique appréciable à l'otoscope.

Nous avons même constaté à plusieurs reprises chez de jeunes sourds-muets en observation, que le catarrhe de la caisse devenait purulent et que le pus s'ouvrait une voie à travers une perforation de la membrane tympanique, perforation momentanée d'ailleurs, *chacune de ces poussées de catarrhe naso-pharyngien tubaire tympanique déterminent une suspension des fonctions auditives et en se prolongeant une suspension de la faculté de la parole déjà reconquise.*

Nous avons observé quelquefois chez de jeunes sourds-muets une perforation ancienne et définitive de la membrane tympanique (et lors des poussées de catarrhe naso-pharyngien, tubaire et auriculaire, l'écoulement du pus se faisait à nouveau par la perforation).

Inutile de rappeler ici que *la perforation tympanique n'est pas une lésion suffisante pour produire une surdité, capable d'empêcher la perception de la voix.* On sait en effet qu'avec une perforation tympanique la voix moyenne peut être entendue à plusieurs mètres, la montre de 10 à 15 centimètres. Mais la perforation tympanique peut survenir quelques mois ou quelques années après une perforation de l'oreille ayant déterminé une surdité grave et la perforation tympanique peut ne pas modifier l'état de surdité antérieure.

La perforation tympanique n'est donc qu'une lésion concomitante ou postérieure à l'affection de l'oreille qui a produit la surdité, mais non la cause unique de la surdité.

Enfin on peut observer exceptionnellement *une destruction totale du tympan*, une chute des osselets, une nécrose ou une carie du rocher, conséquences d'une désorganisation de l'organe auditif.

— *En résumé*, l'examen otoscopique de l'oreille des jeunes sourds-muets révèle le plus souvent une conformation normale de l'oreille externe, de la membrane du tympan et des osselets.

La membrane tympanique est le plus souvent *déprimée,* de coloration normale, sauf pendant les périodes de *poussée de catarrhe* naso-pharyngien, tubaire et auriculaire qui se traduisent par *une rougeur supra-tympanique* et une vascularisation du manche du marteau.

Quelquefois le catarrhe de la caisse devenant purulent perfore la membrane tympanique et produit une otorrhée.

Les perforations tympaniques sont momentanées ou définitives suivant l'intensité du processus ou l'absence du traitement. Ces perforations tympaniques ne sont pas la cause de la surdité.

Exceptionnellement de vastes destructions du tympan, la chute des osselets, la carie ou nécrose du rocher sont constatées et témoignent d'une grave lésion de l'organe auditif.

C. — Examen du nez, de la gorge et des trompes d'Eustache.

Chez les jeunes sourds-muets, les *trompes d'Eustache présentent le plus souvent un certain degré d'obstruction.* — Si le catarrhe naso-pharyngien causal a subi une poussée aiguë récente, l'obstruction est assez serrée, — si la poussée catarrhale est en voie d'atténuation, l'obstruction est moins marquée.

Chez certains sujets, la poussée du catarrhe naso-pharyngien a été unique comme par exemple après un catarrhe rubéolique, scarlatineux, typhoïdique, diphtéritique, *à frigore,* etc., alors les trompes tendent de plus en plus à revenir à l'état normal et au moment de l'examen, s'il est tardif, on peut trouver le calibre de la trompe relativement libre. Ce sont les cas que nous avons trouvés les plus favorables à la thérapeutique.

Dans d'autres cas, les poussées de catarrhe naso-pharyngien se répètent avec une fréquence désespérante, et alors les trompes d'Eustache s'oblitèrent sans cesse; — A l'examen on les trouve tantôt plus, tantôt moins obs-

truées, mais presque jamais relativement libres — chez ces malades ainsi affectés de catarrhe naso-pharyngien à répétition, de nature constitutionnelle arthritique, lymphatique, scrofuleux ou syphilitique, chez ces malades, dont l'affection est incessamment récidivante, la thérapeutique a des effets moins rapides, moins heureux.

Les poussées aiguës de catarrhe naso-pharyngien vont quelquefois jusqu'à la production d'abcès amygdalien, ou péri-amygdalien, dont nous avons observé plusieurs exemples.

Les tumeurs adénoïdes se rencontrent assez souvent chez les jeunes sourds-muets avec leurs symptômes d'obstruction nasale, difficulté de respiration nasale, béance de la bouche, ronflement nocturne. Ces tumeurs produisent également leurs conséquences connues, sur l'aggravation de fréquence et d'intensité du catarrhe naso-pharyngien.

Il ressort de ce qui précède que les *catarrhes naso-pharyngiens*, quelle qu'en soit la nature, *catarrhes infectieux, rubéolique, scarlatineux*, diphtéritique, syphilitique. — *catarrhes constitutionnels, arthritiques, lymphatiques, scrofuleux*. — *Catarrhes accidentels, à frigore*, etc. *se trouvent à l'origine d'un très grand nombre de surdités infantiles conduisant à la surdi-mutité* (1).

Cette notion est capitale pour la pathogénie et la thérapeutique.

Nous voudrions encore présenter quelques considérations à l'appui de cette importante notion. — On peut observer par exemple, que, dans une famille où l'un des membres est affecté de catarrhe naso-pharyngien constitutionnel, les enfants puissent être tous atteints de catarrhe naso-pharyngien mais à degrés divers ; de telle manière que l'un des enfants n'ait que la localisation gutturo-

(1) [illegible] de [illegible], Beard, et Bremer, etc., etc. qui ont trouvé les lésions du catarrhe naso-pharyngien chez un grand nombre de [illegible] sourds-muets [illegible] la surdi-mutité.

nasale du catarrhe ; qu'un autre enfant ait un certain degré de surdité légère avec son catarrhe naso-pharyngien ; qu'un troisième enfant ait une surdité forte ; et qu'un quatrième soit sourd-muet, le père lui-même étant aussi affecté de surdité intermittente par suite de son catarrhe naso-pharyngien.

Dans ce cas que nous avons observé nous-même, on voit nettement la filiation des accidents, les complications auriculaires du catarrhe naso-pharyngien depuis la surdité la plus légère jusqu'à la surdité absolue avec mutité.

L'influence du catarrhe naso-pharyngien sur la production de la surdi-mutité est encore plus nette dans les circonstances suivantes : un certain nombre de jeunes sourds-muets, considérés comme étant devenus sourds par un catarrhe naso-pharyngien, obstruction des trompes et mécanisme otopiésique, sont soumis à un traitement conduit dans cette direction. — Une amélioration de l'ouïe survient, la parole commence également à revenir, quand, *sous les yeux de l'observateur, on voit tout d'un coup disparaître l'ouïe et la parole, et se reproduire la surdi-mutité.*

On ne constate comme cause de cette rechute qu'un catarrhe naso-pharyngien, tantôt intense avec abcès du voile du palais, et par conséquent hors de doute ; tantôt plus léger et s'accompagnant d'un catarrhe tubaire et tympanique, avec obstruction tubaire constatée par le cathéterisme et une rougeur supra-tympanique constatée à l'otoscope.

Le catarrhe tympanique peut même être assez intense pour produire du pus dans la caisse, puis une perforation de la membrane tympanique et l'écoulement du pus tympanique par cette perforation (otorrhée).

Le traitement dirigé à nouveau contre cette récidive et sa cause, ramène à nouveau et l'ouïe et la parole.

Enfin, dernier argument, en dirigeant la thérapeutique dans le sens indiqué par cette conception pathogénique, nous avons pu obtenir une amélioration de l'ouïe à des

degrés divers, sur environ 4/5 des cas récents de surdi-mutité, chez les enfants ayant l'intégrité de l'intelligence.

V. — SURDI-MUTITÉS HÉRÉDITAIRES CONSANGUINES ET CONGÉNITALES.

La cause principale de la surdi-mutité chez les enfants intelligents, c'est-à-dire bien conformés cérébralement, étant, selon nous, le catarrhe naso-pharyngien et plus particulièrement la catarrhe tubo-tympanique, on peut interpréter d'une manière simple un certain nombre de surdités héréditaires. Ce qui est *surtout transmissible par hérédité, c'est le catarrhe naso-pharyngien constitutionnel, ainsi que la tendance au catarrhe tubo-auriculaire.*

Mais un sourd-muet devenu sourd par un catarrhe non constitutionnel, non héréditaire, par conséquent, tel que le catarrhe infectieux, rubéolique, scarlatineux, typhoïdique, etc., ne sera pas exposé à transmettre à ses enfants une surdité infantile accidentelle.

Tandis que des parents affectés de catarrhe constitutionnel héréditaire et non sourds-muets pourront transmettre ce catarrhe à leurs enfants, et, grâce à ce catarrhe, une complication tubo-auriculaire pourra se produire, et une *surdité grave avec mutité* pourra aussi en résulter.

C'est là justement le cas qui se rencontre dans les *unions consanguines* entre parents de race arthritique ou lymphatique, affectés de manifestations gutturo-nasales de ces diathèses. L'enfant né de ces unions peut acquérir par hérédité une tendance double au catarrhe guttural et être plus exposé qu'un autre à une complication tubo-auriculaire.

La surdi-mutité des enfants nés de parents consanguins n'est qu'un accident de l'hérédité du catarrhe guttural et non un effet de déchéance des races.

Aussi trouve-t-on souvent en pareil cas dans ces familles une ou plusieurs personnes déjà affectées de surdité

absolue ou sénile, ce qui démontre que chez eux une complication du catarrhe naso-guttural s'est produite vers les oreilles.

Ces complications auriculaires peuvent être prévues, diagnostiquées et probablement atténuées chez les enfants nés dans ces conditions, et la surdi-mutité pourra vraisemblablement leur être évitée.

Il est une variété de *surdité héréditaire* qui ne rentre pas dans les cas précités. Ce sont les surdités survenant *immédiatement après la naissance* chez des enfants qui n'ont jamais entendu. Voici comment nous en concevons le mécanisme pathogénique.

On sait qu'à la naissance, la caisse tympanique est privée d'air, et que c'est lors des premières inspirations que l'air y pénètre par la trompe. Si, pour une raison quelconque, l'air ne peut pénétrer dans la caisse, *le vide aérien s'y trouvant préétabli, le mécanisme otopiésique entre immédiatement en jeu.* Une violente pression est exercée par l'atmosphère sans contrepoids sur le liquide labyrinthique et les nerfs acoustiques, sur les nerfs cochléaires surtout. Leur développement, ainsi que celui de l'organe de Corti, est entravé. Une dégénérescence peut même se produire en conséquence de la compression persistante, et en peu de temps l'organe de Corti et les nerf cochléaires peuvent être anéantis dans le labyrinthe. Tout le reste de l'organe auriculaire étant intact et bien développé.

Pour que l'air ne pénètre pas dans la caisse, il suffit que les trompes d'Eustache soient insuffisamment développées ou que leurs muscles dilatateurs soient insuffisants ou qu'il existe une circonstance quelconque qui *empêche le décollement des parois des trompes et s'oppose par conséquent à l'entrée de l'air dans les caisses.* — S'il n'y a qu'un simple retard dans l'évolution de ces organes, le développement ultérieur de la trompe et de ses annexes permettra plus tard l'entrée de l'air dans la caisse et le rétablissement d'un état régulier de l'oreille

moyenne; mais l'organe de Corti n'en sera pas moins détruit et l'ouïe anéantie (1).

Un catarrhe nasal et tubo-auriculaire survenant immédiatement après la naissance, par suite de pratiques balnéaires intempestives, de refroidissement, pourra aussi obstruer, dès la naissance, les trompes d'Eustache, reproduire le vide de la caisse et réaliser encore le mécanisme otopiésique (2).

C'est aussi à l'occasion d'un catarrhe accidentel *à frigore* ou infectieux que survient le catarrhe muco-purulent de la caisse et l'arrêt de régression du bourrelet muqueux de la caisse, signalés par tant d'observateurs chez les nouveau-nés (3). Mais il est à remarquer que la purulence du catarrhe de la caisse est une condition moins défavorable pour l'oreille interne que le simple catarrhe muqueux. Parce que le pus en s'accumulant rapidement dans la caisse peut refouler en dehors la membrane tympanique et faire ainsi équilibre à la pression atmosphérique, et, d'autre part, *le pus de la caisse* détermine souvent la *perforation du tympan, et, par conséquent, l'entrée de l'air dans la caisse et la cessation de la pression otopiésique.*

Cette énumération, incomplète à la vérité, des conditions pathogéniques des surdités postérieures à la naissance, diminue beaucoup le nombre supposé des surdités congénitales.

(1) Comparez ce qui se passe du côté de l'œil dans le canal nasal, conduit muqueux dépendant aussi de la muqueuse nasale; on y observe aussi des rétrécissements congénitaux qui se manifestent par du larmoiement.

(2) Dans le canal nasal et dans le sac lacrymal, on observe aussi à la naissance des catarrhes muqueux et même purulents qui sont les analogues des catarrhes tubaires signalés plus haut.

(3) Le bourrelet gélatiniforme de la caisse est un œdème *ex vacuo* (Boucheron) de la muqueuse de la caisse, produit lentement par le procédé de la ventouse, lorsque les deux parois de la caisse s'écartent l'une de l'autre, par le développement régulier de la région. Chez certains animaux où la bulle de la caisse est très considérable, du liquide muqueux est exhalé également *ex vacuo* pour combler la cavité de la caisse. Aussitôt que l'air arrive dans la caisse, le vide aérien cessant, l'œdème *ex vacuo* s'affaisse rapidement et le liquide disparaît.

Il est probable cependant que certains arrêts de développement portant sur l'oreille interne et survenant héréditairement ou spontanément produisent la surdité et la mutité.

Mais d'après les considérations embryologiques que nous avons rapportées plus haut (communication de M. le professeur His) ; d'après les réflexions que nous venons de présenter, et d'après les résultats statistiques les plus récents, *on doit admettre que les surdités vraiment congénitales sont très peu nombreuses chez les enfants intelligents.*

Nous voudrions encore ajouter un mot sur la *fréquence des surdi-mutités dans les pays montagneux.*

On a observé, en effet, qu'il existe dans ces pays, une proportion de sourds-muets plus considérable que dans les pays de plaine; on n'a pas encore fourni, que nous sachions, une bonne explication de cette donnée statistique.

On sait combien sont fréquentes les variations atmosphériques et hygrométriques dans les régions montagneuses. -- On sait aussi que certaines vallées des Alpes, par exemple, sont pendant plus de la moitié de l'année ensevelies sous la neige.— Enfin l'on sait qu'à quelques centaines de mètres d'altitude au-dessus du fond des vallées, d'épais brouillards glacés se forment rapidement et changent brusquement l'état climatérique.

Nous pensons que ces brusques variations hydrométriques, atmosphériques et thermométriques ont une influence non douteuse sur la production des catarrhes des voies naso-pharyngiennes; et lorsque ces influences se font sentir, pendant une longue mauvaise saison, sur des nouveau-nés, déjà prédisposés héréditairement au catarrhe naso-pharyngien, on conçoit sans peine qu'un grand nombre d'enfants trouvent dans ces régions, les conditions où se produit la surdité infantile par otopiésis et la surdi-mutité.

Nous n'avons pas l'intention de traiter ici des rap-

ports de la surdi-mutité avec le crétinisme et l'idiotie, c'est une question tout autre que la nôtre; car nous ne nous occupons que de la surdi-mutité chez les sujets intelligents.

VI. Pronostic.

Quelle quantité d'audition le jeune enfant sourd-muet peut-il conquérir par le traitement?

Une surdité infantile par otopiésis récente, diagnostiquée rapidement, et traitée de même, doit vraisemblablement être améliorée à un haut degré comme l'est la surdité de l'adulte.

Nous n'avons pas encore eu la bonne fortune d'observer un cas tout à fait récent dans les conditions que la théorie indique comme les meilleures.

Jusqu'ici les patients que nous avons eu en traitement étaient *sourds depuis plusieurs mois ou plusieurs années*. Ce sont *des conditions tout à fait défavorables*. Cependant quelques sujets ont pu reconquérir l'audition de la parole, à plusieurs mètres de distance; aussi parlèrent-ils vite et bien. — Nous avons pu montrer un cas de ce genre à MM. Politzer, Burchkard-Mérian, Hartmann, en 1883.

Le plus souvent l'audition de la parole n'est obtenue qu'à un ou deux mètres. — Ces enfants encore sont relativement favorisés.

Quand l'audition de la voix humaine n'est possible qu'à 10, 20, 30 centimètres de l'oreille, quand la sphère dans laquelle ils entendent a seulement 10, 20, 30 centimètres de rayon, si l'on veut se faire entendre d'eux, il faut entrer dans cette étroite sphère auditive et leur parler pour ainsi dire à l'oreille. Ces enfants seront des sujets sourds, mais capables d'apprendre à parler à l'aide de l'ouïe. Ils communiqueront de loin avec les entendants ordinaires en lisant sur les lèvres.

Quand l'oreille perçoit seulement les sons vocaux des voyelles et non des consonnes, l'éducation par l'oreille ne peut plus s'effectuer; il faut employer l'édu-

cation de la parole par les méthodes en usage, mais ces sujets seront de bons élèves. — Ils entendent qu'on leur parle et ils s'entendent parler (1).

La perception des simples bruits non musicaux ou même musicaux n'a guère d'utilité pour l'éducation.

VII. Traitement de l'otopiésis infantile.

Indications.

Le point de départ du mécanisme de compression des nerfs acoustiques, *c'est le vide aérien de la caisse*, vide par dissolution de l'air dans les vaisseaux de la caisse.

Le vide se reproduit rapidement quand l'air ne se renouvelle pas avec facilité (2).

La première indication est de faire cesser le vide tympanique, non seulement une fois, mais aussi souvent que le vide se reproduit.

Lorsque le vide a duré quelque temps dans la caisse, la pression atmosphérique a déprimé la membrane tympanique, enfoncé les osselets *et immobilisé cet appareil dans une position vicieuse.*

D'autre part, l'inflammation de la muqueuse tympanique a déterminé l'épaississement de cette muqueuse, la formation d'éléments conjonctifs nouveaux dans sa trame. Ces éléments s'organisent, se rétractent, et cette rétraction de la muqueuse tend à immobiliser encore davantage l'étrier et les autres osselets, dans leur position défectueuse; de sorte que cette *position peut persister après cessation du vide tympanique et que les effets de la pression otopiésique survivent à sa cause première.*

La seconde indication est de refouler en dehors la membrane tympanique, les osselets et surtout l'étrier et de mobiliser aussi complètement que possible cet appareil.

(1) Condition favorable déjà signalée par Bonnafont.

(2) On sait avec quelle rapidité se résorbe l'air injecté sous la peau, pendant les injections hypodermiques, l'absorption de l'air dans la caisse tympanique se fait de la même manière et par les mêmes lois physiologiques.

L'affection qui détermine le plus souvent le vide de la caisse, c'est l'obstruction de la trompe d'Eustache par un catarrhe tubo-auriculaire et ce catarrhe est accidentel ou constitutionnel et héréditaire.

La troisième indication, c'est de mettre fin au catarrhe tubo-auriculaire quand il existe encore, et de s'opposer à ses crises successives quand il dépend de la constitution.

Quand la décompression des nerfs labyrinthiques est obtenue, il y a lieu de stimuler ces nerfs anesthésiés, c'est la quatrième indication.

La cinquième indication, c'est de faire l'éducation du sens de l'ouïe, si l'on a pu obtenir l'audition de la parole.

La sixième indication, c'est de procéder à l'enseignement de la parole, par les méthodes artificielles, si l'audition est restée médiocre, insuffisante ou nulle.

Des moyens de remplir les indications du traitement.

Ces moyens sont variables, suivant le choix de chaque expérimentateur. Voici comment nous procédons : la première et la seconde indications sont remplies par les insufflations d'air dans la caisse tympanique, à l'aide du cathétérisme.

Comme les jeunes enfants ne se prêtent pas tout d'abord aux manœuvres du cathétérisme, nous les anesthésions au chloroforme par la méthode de M. de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants Malades, méthode de sidération, qui n'exige que 4, 5, 6 inspirations de chloroforme, c'est-à-dire une quantité extrêmement faible.

Cette méthode est excellente pour les jeunes enfants ; nous l'avons employée plus d'un millier de fois sans accidents immédiats, et sans inconvénients consécutifs.

La perforation tympanique et la section du tendon du muscle du marteau peuvent aussi être employées, puisqu'elles répondent aux indications précédentes.

La politzériation est employée à la fin du traitement,

quand les trompes sont bien libres, les osselets et la membrane tympanique revenus en position, pour maintenir les organes en bon état; ou, chez les enfants nouveau-nés, dans les familles de sourds-muets, quand on redoute les complications auriculaires d'un catarrhe naso-pharyngien; ou quand on craint une insuffisance d'aération des caisses tympaniques.

La troisième indication. catarrhe naso-pharyngien est remplie par une médication locale, cautérisation pharyngée avec solutions astringentes, iodées, etc., par l'extraction des tumeurs adénoïdes et par une médication générale en rapport avec l'état des organes aériens, ou avec la diathèse existante. — Dans cet ordre d'idées, il faut citer, parmi les moyens les plus utiles, les eaux minérales, les balsamiques, le milieu aérien, sec, chaud, à température constante.

Quand les trompes sont ouvertes, quand les nerfs sont décomprimés, l'électrisation par courants continus peu intenses est employée.

Il faut recourir à l'enseignement de la parole et de la langue nationale du malade, soit à l'aide de l'ouïe, quand la voix est perçue; soit par les procédés artificiels, quand l'ouïe est insuffisante. La lecture sur les lèvres (pour tous les sujets dont la portée de l'ouïe ou la sphère auditive est restreinte) est un complément très utile du traitement.

Dr Boucheron.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU LARYNGO-TYPHUS

Par le Dr P. Koch, de Luxembourg (1).

Messieurs,

Si par ces quelques lignes je viens aborder devant vous le chapitre des complications laryngées graves qui

(1) Lu à la *Société française d'otologie et de laryngologie*. — Séance du 26 décembre 1884.

compliquent le parcours et la convalescence de la fièvre typhoïde, ce n'est certainement pas dans le but de vider toute la question. L'histoire clinique du laryngo-typhus a été écrite ailleurs avec beaucoup de détails, et si d'un côté les manuels de pathologie interne et externe ont le tort de le mentionner à peine, nous possédons d'un autre côté un certain nombre de bonnes monographies traitant la matière.

A. Lüning, de Zurich, dans sa brochure si complète sur le laryngo-typhus *(die Laryngo, und Trachealstenosen im Verlaufe der Abdominaltyphus und ihre chirurgische Behandlung ; Archiv für klinische Chirurgie, herausgegeben von V. Langenbeck, Billroth u. Gurlt)*, donne l'histoire détaillée et raisonnée de cette affection. Cette histoire ne date pas de si longtemps. Si à une période relativement peu reculée la définition du mot de « typhus » était loin d'être bien définie, on comprend aisément qu'à cette même époque l'ensemble de l'image clinique du laryngo-typhus était plus obscure encore. Bayle fut le premier à parler dans sa brochure soumise à la Société de médecine en 1808, « d'affections laryngiennes mortelles » dans la fièvre typhoïde, laquelle fut désignée alors du nom de « fièvre putride maligne ». Cette brochure provoqua au sein de la Société la discussion sur l'existence d'un œdème idiopathique de la glotte, discussion dont les conclusions ne sont plus valables aujourd'hui, il est vrai, mais qui néanmoins ont donné l'élan : l'existence d'apparitions laryngiennes graves dans les affections fiévreuses intenses, aiguës, était admise depuis. En 1825, Bouillaud publia une observation détaillée et admirablement travaillée sur un cas de « paralysie du larynx par élimination des fonctions des muscles dilatateurs, de la glotte » ; c'est le premier exemple authentique de périchondrite laryngienne compliquant une fièvre typhoïde, que nous trouvions enregistré dans la littérature ; l'autopsie confirma le diagnostic de typhus, de périchondrite suppurative du cartilage cricoïde et

d'ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes ; ce diagnostic a d'autant plus de valeur qu'il date d'une période où le miroir laryngien n'était pas encore en usage.

En 1829 Louis, Albert et Elster, en 1834 Chamel, Cruveilhier et Bouillaud, en 1836 Porter et en 1837 Sédillot publiaient leurs travaux sur les complications laryngées de la fièvre typhoïde. En 1842, Rokitansky, le premier, rendu attentif sur « une localisation du procès typhoïde dans le larynx », décrivit les « ulcérations typhoïdes » et employa pour la première fois le mot « laryngo-typhus ». En 1852, la brochure de Sestier « sur l'œdème de la glotte », travail dans lequel nous lisons l'histoire de vingt-trois cas de laryngo-typhus, contribua pour sa part à construire la symptomatologie de l'affection en question. Mais ce furent surtout Türck et Czermack qui, en employant en 1859 les premiers le laryngoscope, observaient simultanément des rétrécissements laryngiens de provenance typhoïde; ces auteurs contribuaient beaucoup à éclaircir l'image clinique de l'affection laryngienne typhoïde; depuis cette époque la pratique plus fréquente et les succès de la trachéotomie, revenue en sauveur en France et en Allemagne (moins en Angleterre parce que le laryngo-typhus y paraît être très rare) ont beaucoup aidé à trancher la question. Mais c'est principalement sur la base formée par les nombreux travaux récents, que nous avons vu surgir sous nos yeux, pour ainsi dire, le chapitre de la pathologie du laryngo-typhus.

Pour s'orienter tant soit peu dans le chapitre de l'anatomie pathologique de l'affection en question, je crois qu'il faut tenir compte des deux faits suivants : 1° que la fièvre typhoïde est une maladie aiguë de longue durée et que, par conséquent, il peut naître dans le larynx aussi bien que dans d'autres organes des procès morbides inhérents généralement à toutes les ma-

ladies aiguës à long parcours; 2° que la fièvre typhoïde est une maladie spécifique, qu'elle a l'expression d'un empoisonnement dont un des symptômes principaux consiste dans l'infiltration et l'ulcération des follicules isolés de l'iléum, follicules dont les amas serrés constituent les plaques de Peyer. Il est connu qu'en général ces follicules lymphatiques, dits isolés, sont si facilement érodés dans divers états pathologiques, que ces érosions fréquentes furent regardées autrefois comme les ouvertures normales de ces glandes. Dans le typhus, non seulement les plaques de Peyer de l'iléum, mais encore les amas plus rares et moins constants du jéjunum et colon (amas qui sont constitués par les mêmes follicules isolés et que nous trouvons sans exception par exemple dans le colon du cochon d'Inde et dans le cœcum du lapin) et même les follicules isolés uniques sont infiltrés et ulcérés. Ces dernières ulcérations sont naturellement plus petites et passent le plus souvent inaperçues. En dehors des follicules isolés nous voyons, dans les mêmes régions, d'autres glandes muqueuses qui sont affectées; Niemeyer a même constaté les ulcérations caractéristiques indépendantes des glandes sur des replis de la muqueuse intestinale. Si, d'un côté, nous voyons le poison typhoïde se manifester dans l'iléum, le jéjunum et le colon, nous remarquons de l'autre que les glandes muqueuses des voies respiratoires et de l'estomac sont envahies par la maladie; de là les dénominations plus ou moins fondées de colo-typhus, de broncho-typhus, de pneumo-typhus, de gastro-typhus. Il me semble donc, que, dans l'état actuel de la science, il faut admettre, d'accord avec Eppinger (Manuel de Klebs), différentes affections laryngiennes typhoïdes. *a.* le catarrhe (laryngite et bronchite) indépendant de l'infection typhoïde, *b.* la mycosis, c'est-à-dire le croup et la diphtérie d'autrefois, attaquant seulement l'épithélium ou produisant des ulcérations plus profondes, *c.* les vraies ulcérations typhoïdes (Marckinge infiltration, d'après Rokitansky. De

plus, il me semble devoir admettre d'accord avec Beck l'existence d'une périchondrite laryngienne typhoïde primitive, à l'instar de la périchondrite primaire et manifeste des côtes, observée dans la même maladie; mais pour diagnostiquer cette périchondrite typhoïde, il faut que les symptômes laryngiens graves se manifestent durant la période aiguë, pendant que tout l'organisme est sous l'influence de l'infection typhoïde; en d'autres termes, les vraies ulcérations et les périchondrites typhoïdes primaires se manifestent pendant la période aiguë de la maladie générale. Du reste, en ce point, l'anatomie pathologique coïncide avec le fait clinique : « le vrai laryngo-typhus se manifeste pendant la période aiguë de la fièvre typhoïde et il est relativement rare. » La plupart des nécroses cartilagineuses tiennent leur origine des ulcérations de la muqueuse qui ont rongé en profondeur, c'est-à-dire la plupart des affections laryngiennes graves se montrent pendant la période de convalescence de la maladie générale. Les cartilages de Santorini et les aryténoïdes sont éliminés le plus souvent, ils sont nécrosés beaucoup plus tôt que le cricoïde: on peut même admettre que la nécrose de ce dernier est la conséquence de l'élimination des premiers. Malgré toutes les fines distinctions inventées par la sagacité des auteurs, il faut avouer que sur le cadavre nous ne sommes pas capables de distinguer les ulcérations typhoïdes des ulcérations analogues observées dans d'autres maladies aiguës et chroniques. Cela ne veut pas dire que la différence n'existe pas; au contraire, il faut qu'il y en ait une et les progrès modernes nous montreront sans doute bientôt sous le microscope le virus spécifique résidant dans les ulcérations typhoïdes. Si, en général, le typhus se manifeste de préférence entre 15 et 30 ans, si les femmes y sont moins sujettes que les hommes, il est évident que les statistiques du laryngotyphus doivent conduire au même résultat. Ces statistiques cependant ne sont vraies que pour les cas

cliniques graves, et si heureusement les ulcérations du vrai laryngo-typhus ne sont pas si fréquentes que les ulcérations des plaques de Peyer, elles existent au moins aussi souvent que les cas de colo-typhus, de gastro-typhus, de broncho-typhus et elles sont beaucoup plus fréquentes que les ulcérations laryngiennes dans d'autres maladies aiguës. Si l'on prend l'anatomie pathologique comme base des statistiques, on parviendra sans doute à d'autres résultats, difficiles et, peut-être, impossibles à déterminer. Le fait que dans 1/5 des victimes de la fièvre typhoïde on trouve à l'autopsie des ulcérations laryngiennes ignorées pendant la vie, le fait que ces diverses affections laryngiennes peuvent guérir sans provoquer des symptômes éclatants pendant la vie, ces faits prouvent qu'en général les affections laryngiennes sont assez fréquentes pendant le parcours du typhus.

Les symptômes du laryngo-typhus, c'est-à-dire, la toux croupale, la difficulté d'avaler, le cornage, la dyspnée, etc., etc., n'ont rien de particulier; ils ne se distinguent pas des symptômes inhérents aux rétrécissements laryngiens en général. Nous savons que pendant la période aiguë les symptômes laryngiens subjectifs et notamment la douleur, sont plus ou moins cachés par la stupeur et l'indifférence des malades; aussi dans cette période la moindre plainte de la part du patient est d'autant plus significative; sans se fier au calme du malade, il faut tenir compte du moindre symptôme objectif que l'on réussit à découvrir, et il faut agir en conséquence.

Nous avons vu que ce n'est que dans cette période aiguë que l'on a le droit de diagnostiquer le vrai laryngo-typhus, c'est-à-dire la mycose de l'organe vocal, mycose qui alors est identique avec la mycose du typhus admise généralement aujourd'hui. Et malgré cette identité qui nous paraît assez évidente, nous voyons aujourd'hui encore des auteurs qui nient l'affection typhoïde du larynx : « C'est frappant, disent-ils ; pourquoi une petite partie circonscrite du larynx soit seulement destinée à

servir de localisation au procès typhoïde; nous trouvons aux mêmes endroits des ulcérations identiques présentant les mêmes caractères anatomo-pathologiques, sans qu'il existe aucune maladie aiguë; nous voyons ces ulcérations, toujours les mêmes, accompagner d'autres maladies aiguës et chroniques. De plus, une périchondrite, qu'elle accompagne le typhus ou une maladie quelconque, ne peut être diagnostiquée que quand il y a eu formation de pus et dénudation de cartilage; il est donc impossible de dire, même sur le cadavre, si la périchondrite a débuté au cartilage même ou si elle est provoquée par une ulcération profonde de la muqueuse. L'identité des ulcérations typhoïdes du larynx et de l'iléum, n'a pas été démontrée. Il se forme, par exemple, dans le courant d'une fièvre typhoïde, des périostites suppuratives sans que, pour cela, l'on désigne ces dernières comme spécifiques; tout ce qu'on peut prétendre dans l'état actuel de la science, c'est que dans les maladies aiguës, graves, il se forme des périchondrites primaires ou secondaires tout-à-fait analogues à celles qui se forment en cas de phtisie et de syphilis (Kühn). »

Nous répondrons à ces mêmes auteurs qu'il est au moins aussi frappant de voir l'élément occupé de préférence par les ulcérations caractéristiques; que le nombre et la grandeur des destructions sont relativement les mêmes dans l'iléum et dans le larynx ; que les ulcérations laryngiennes occupent les endroits où les glandes acineuses sont le plus nombreuses, c'est-à-dire la partie inférieure et postérieure de l'épiglotte, les cartilages aryténoïdes et surtout la surface interne de ces derniers, l'espace inter-aryténoïdien et notamment les cartilages de Santorini et ceux de Wrisberg. A ces deux derniers endroits les ulcérations sont fréquentes et développées, mais c'est aussi à ces mêmes endroits que les glandes muqueuses sont accumulées: cette accumulation est en raison inverse du développement des cartilages de Wrisberg jusqu'à la limite où ces derniers peuvent faire com-

plètement défaut ; déjà Portal en 1803 fait mention de ces glandes intitulées (par Morgagni) « glandes aryténoïdes »; la fréquence des ulcérations à cet endroit explique du reste pourquoi en cas de laryngo-typhus les cartilages de Santorini et de Wrisberg sont éliminés de préférence à tous les autres cartilages laryngiens ; comme cette élimination à elle seule n'amène aucun trouble fonctionnel, elle n'est souvent constatée qu'accidentellement par le laryngoscope.

Si, dans d'autres affections laryngiennes, on voit des ulcérations d'apparence identique avec les ulcérations typhoïdes, il est à remarquer que ces ulcérations, beaucoup moins constantes que les ulcérations typhoïdes, ne naissent jamais au début de ces autres maladies. Du reste, dans l'iléum aussi on trouve quelquefois des ulcérations identiques sans que le typhus ait existé. Et si jusqu'à présent nous n'avons pu déterminer le caractère typhoïde de ces ulcérations laryngiennes spécifiques, il faut convenir que l'on n'a pas davantage démontré le caractère spécifique des ulcérations typhoïdes de l'iléum ; les progrès actuels de la science nous y conduiront sans doute bientôt. Si les périostites suppuratives, lesquelles, du reste, ne sont jamais observées pendant la première période de l'affection générale, si ces périostites ne sont jamais regardées comme spécifiques, ce n'est pas là un motif plausible pour nier la mycose des ulcérations laryngiennes de la première période, tout aussi peu que dans cette même période l'on nie le caractère spécifique des ulcérations de l'iléum.

Nécessairement, la pathogénèse des affections laryngiennes graves est tout à fait différente, quand celles-ci se déclarent vers la fin de la fièvre typhoïde ou pendant la convalescence. Les symptômes cliniques sont les mêmes que ceux de la première période ; tout au plus l'ensemble de la maladie est un peu plus lente et plus insidieuse. Justement cette identité des symptômes des deux affections représente « une première cause de leur confusion ».

Dans cette période tardive, la faiblesse de la circulation sanguine et le manque de résistance de la part du malade se font valoir; l'hypostase, les thromboses, les embolies capillaires (Feltz), les abcès, entrent en cause; naturellement, le larynx aussi est sous l'influence de ces facteurs nuisibles : les vaisseaux capillaires du larynx ont un calibre minime, leur obstruction est donc chose fréquente; la muqueuse délabrée est facilement endommagée par les crachats; l'élément mécanique de la toux, du frottement mutuel, le contact permanent du cricoïde avec l'œsophage et la colonne vertébrale favorisent la formation de ces ulcérations, dites croupeuses et diphtéritiques, de ces périchondrites et périlaryngites; les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs sont mis hors fonction, les articulations crico-aryténoïdiennes sont souvent ankylosées, et les récurrents peuvent être comprimés par le corps thyroïde malade. Tous ces dégâts se forment indépendamment de la mycose typhoïde, à l'instar des abcès froids, ainsi que des eschares trochantériennes et sacrées. Toutefois, grâce à la structure anatomique de la muqueuse laryngienne, le siège de toutes ces destructions est tout à fait le même que celui des ulcérations spécifiques de la première période. Cette identité de localisation représente une seconde cause de confusion des deux affections. Louis, en parlant de l'altération profonde des tissus pendant la fièvre typhoïde, n'avait évidemment en vue que les affections laryngiennes de cette seconde période, quand il dit « que parmi les maladies aiguës, la fièvre typhoïde joue le même rôle que la phtisie pulmonaire parmi les maladies chroniques ».

Entre ces deux catégories de destruction laryngienne bien distinctes l'une de l'autre, nous trouvons de rares cas intermédiaires. De vraies ulcérations laryngiennes typhoïdes se traînent parfois en longueur pour guérir plus tard, ou bien pour donner naissance à l'œdème glottique, aux abcès et aux périchondrites; elles sont

analogues à ces ulcérations typhoïdes de l'iléum, qui peuvent guérir plus tard ou conduire à ces hémorrhagies et à ces perforations intestinales tardives. La division de Charcot et de Dechambre peut donc être admise encore aujourd'hui, sauf quelques restrictions; ces auteurs distinguent : 1° L'ulcère laryngé typhique de la paroi laryngienne postérieure provenant d'une ulcération diphtérique; les abcès peuvent venir secondairement (nous ajouterons, par exception); 2° la laryngite nécrosée d'emblée seulement pendant la convalescence (nous ajouterons, « qu'elles n'est pas toujours d'emblée et qu'elle provient au moins aussi souvent d'ulcération de la muqueuse »).

Si nous voulons énumérer les services rendus par le laryngoscope au moment de l'invasion de ces affections laryngiennes graves, nous avouerons qu'ils ne sont pas grands, car pendant la période aiguë, il est le plus souvent impossible et même dangereux de pratiquer l'examen laryngoscopique; pendant la convalescence, cet examen est plus facile, mais il ne donne que des résultats peu précis, l'œdème et la position médiane des cordes vocales cachent ordinairement les lésions. Du reste, en face de l'état désespéré du malade, l'emploi du miroir laryngien n'est d'aucune valeur pratique : il faut agir en premier lieu, plus tard, quand la trachéotomie a garanti la vie au malade, le laryngoscope peut nous fournir des données réellement pratiques, données auxquelles le traitement consécutif doit se conformer.

Ce traitement est devenu un des plus rationnels grâce aux nouvelles recherches sur les maladies infectieuses et grâce surtout à l'expérience acquise. La recommandation qui consiste à éviter les refroidissements dans le but d'échapper à l'invasion d'un laryngo-typhus, ce conseil a tout au plus de la valeur pendant la période de convalescence et encore personne ne croira que les chondrites et les périchondrites proviennent d'un refroidissement. A l'arrivée du vrai laryngo-typhus, il ne faut pas

songer au refroidissement. Dès que les symptômes cliniques de ce vrai laryngo-typhus se déclarent franchement, il ne faut pas perdre un temps précieux en administrant les médicaments dits expectorants et émollients; il ne faut employer ni fumigations ni gargarismes ; il est tout bonnement ridicule de faire des cataplasmes et d'administrer des boissons chaudes pendant que le thermomètre et le simple toucher indiquent cette chaleur sèche et dévorante qui caractérise la maladie. Si les symptômes de sténose laryngienne se déclarent pendant la convalescence, nous essaierons en vain les narcotiques; les scarifications, la compression, le tubage ne servent à rien [+]; les révulsifs et les dérivations cutanées, sont non seulement inefficaces, mais encore elles gênent pendant l'opération de la trachéotomie qui toujours est inévitable [+]; les cautérisations occasionnent des crampes (*Linhart et Forster*). [+] Si jamais cette petite opération agit comme remède suprême, c'est en cas de laryngo-typhus ; il faut appliquer ici le principe que Trousseau avait donné pour le croup : « Opérer aussitôt que possible, sans se laisser influencer par la somnolence du malade, qui cache plus ou moins la dyspnée. Il est vrai que le premier cas de laryngo-typhus cité par Bayle succomba sous le couteau; c'était un étudiant en médecine. Un second et un troisième cas, cités par Bayle aussi, étouffèrent sans opération.

En racontant l'histoire de ces deux derniers malades, on peint tout innocemment leur anxiété et leur désespoir, on décrit d'une façon théâtrale comment ils sautaient de leur lit, en suppliant l'entourage de leur procurer de l'air; on raconte naïvement que ce troisième malade saisissant mieux que son médecin le traitement à suivre, demanda le bistouri pour s'ouvrir lui-même la gorge. Ajoutons que ces trois cas de sténose aiguë n'étaient plus en proie à la fièvre, mais qu'ils étaient en pleine convalescence : l'opération leur aurait sauvé nécessairement la vie. En décrivant ces trois exemples,

Bayle lui-même conseille la trachéotomie malgré l'échec chez le premier de ces malades. Dans le courant de la même année, la trachéotomie fut pratiquée par Pockels sur un jeune homme âgé de dix-neuf ans atteint de typhus; c'était la seconde trachéotomie, pratiquée avec succès, et ce fut la première qui fut faite en Allemagne; le malade portait encore sa canule en 1869, preuve que l'on peut vivre longtemps avec une fistule trachéale (Lüning). Tandis que vers cette époque on était devenu plus retenu, quant à la pratique de l'opération, les trachéotomies se succédèrent dans d'autres pays (Demme, Textor, Deetz, Oppolzer, Reyer, Frey); l'opération regagna seulement du terrain après que Sestier eut publié son travail sur « l'œdème de la glotte », travail dans lequel l'auteur raconte l'histoire de vingt-trois cas de laryngo-typhus en grande partie non opérés et dans lequel Sestier lui-même recommandait chaleureusement la pratique de la trachéotomie.

Après cette époque, ce furent, en France, Bretonneau et Trousseau, en Allemagne Rose et Pittra qui pratiquèrent l'opération. Les statistiques, si minutieusement faites par Lüning prouvent que la trachéotomie donne 70 p. cent de succès; si l'on n'opère pas, les chances de guérison sont à peu près nulles; les rares exemples de guérison spontanée et notamment le cas de Hérard, cité par Lüning, sont tout à fait exceptionnels. Comme nos moyens d'investigation ne nous permettent pas et ne nous permettrons jamais de préciser d'avance ces cas exceptionnels, le devoir nous ordonne d'opérer toujours sans exception aucune; il n'est pas permis de reculer devant une opération qui, avouons-le, effraie plutôt le médecin que le malade; si l'opération a eu de mauvais résultats au commencement, c'est que la nature de la maladie amène des dangers inconnus aux premiers opérateurs, dangers qui sont bravés aujourd'hui; je n'ai jamais pu observer ces hémorrhagies parenchymateuses mentionnées par les auteurs. Même la diphtérie.

quand elle se développe comme c'est la règle, dans le courant de la deuxième ou de la troisième semaine de l'affection générale, n'implique pas la contre-indication de l'opération; d'abord le diagnostic en est le plus souvent équivoque et puis, le diagnostic étant même prouvé, l'opération ne nuit pas encore; dans tous les cas l'opération n'empêche pas la situation, elle ne peut que l'améliorer. Comme l'affection diphtéritique ne se déclare jamais pendant la convalescence, comme pendant cette dernière il n'y a plus de trace de fièvre, la trachéotomie possède à cette époque un pronostic beaucoup meilleur. On peut donc également appliquer au laryngo-typhus les paroles de Pittra : « Nulle autre opération n'a une influence si directe et si décisive sur la vie, nulle autre opération ne saurait sauver la vie d'une façon si éclatante. Calculée pour les derniers moments de la vie, conjurant l'agonie la plus terrible, cette petite opération s'élève avec raison au plus grand des succès, et sous ce rapport on ne peut lui égaler que la ligature de l'artère en cas d'hémorrhagie. »

Lüning conseille de pratiquer la crico-trachéotomie comme étant plus facile; il conseille d'inciser transversalement le ligament suspenseur de l'isthme du corps thyroïde (Rose), de déloger le pont vers le sternum; la situation plus superficielle du cartilage cricoïde, l'incision plus restreinte de la peau, la plus grande facilité de changer la canule, l'emploi plus facile d'une canule en *T*; plus tard, la dilatation mécanique par l'ouverture artificielle plus facile aussi : ce sont autant d'avantages qui ne sont pas à nier. Mais d'un autre côté, il faut savoir que Lüning a puisé les données de sa brochure en Suisse où le goître est endémique; ces goîtres présentent de sérieuses difficultés même chez les petits enfants quand les médecins veulent pratiquer la trachéotomie en cas de croup; les chirurgiens pratiquent aussi toujours la crico-trachéotomie. De plus il faut observer, ce fait, que le cartilage cricoïde détermine le calibre du

larynx, qu'il est l'unique soutien des cartilages aryténoïdes et que son intégrité relative garantit le libre passage de l'air respiratoire par les premières voies ; il faut donc le ménager autant que possible. Les statistiques nous trouvent d'accord avec le raisonnement théorique que c'est toujours le cricoïde malade qui détermine les symptômes graves ; il faut donc le ménager : la trachée gardera son calibre normal, les aryténoïdes garderont leur soutien, les principaux muscles laryngiens conserveront l'intégrité de leurs insertions. En observant cette règle, l'opérateur gagne une certaine garantie : après avoir pénétré à travers les tissus congestionnés jusque sur le larynx et la trachée, il remarque ordinairement au devant du cricoïde une poche fluctuante, crépitante, poche qui représente un *noli me tangere* ; il faut l'éviter, chercher ses contours inférieurs, dénuder la trachée qui a perdu sa blancheur caractéristique et faire l'incision de la trachée aussi basse et aussi large que possible.

Si par malheur on pénètre dans ce sac rempli d'air respiratoire, de pus, de grumeaux cartilagineux et de sang, le contenu fait éruption dans le champ opératoire, le malade est en proie à des accès de suffocation, le chirurgien est dans une position peu enviable ; il cherchera à faire l'incision nécessaire à l'introduction de la canule, mais il s'égarera dans un labyrinthe dont il ne sortira que difficilement. En consultant les statistiques, nous trouvons que c'est ordinairement de ce dernier accident fâcheux que les malades ont succombé pendant l'opération ; c'est donc parce qu'on s'est obstiné à pratiquer la crico-trachéotomie comme la plus facile et la plus expéditive que l'opération en cas de laryngo-typhus a été tant discréditée, et que son pronostic était réellement si décourageant ; le cricoïde malade une fois divisé par le couteau. devient mobile et fait faire fausse route à la lame tranchante : l'air sortant fait croire au chirugien qu'il a pénétré dans la trachée, il enfoncera la canule au-devant de la trachée et le malade

étouffera. Les difficultés augmentent encore si la muqueuse est décollée, ce décollement se fait surtout au niveau du cartilage cricoïde; la canule peut se loger entre la muqueuse et les anneaux cartilagineux dénudés et le malade succombera [illegible]. En somme, nous voyons que ces abcès [illegible] fois connus peuvent amener des difficultés [illegible] que les meilleurs chirurgiens ont été [illegible] en erreur. Textor père, professeur de chirurgie à Wurzbourg, voulant pratiquer la trachéotomie dans un cas de laryngo-typhus, ouvrit l'abcès en question et pénétra jusque sur la colonne vertébrale sans pouvoir introduire la canule; le malade étouffa naturellement et à l'autopsie on remarqua que le chirurgien avait ouvert la poche sans ouvrir la trachée. Le même chirurgien, apres avoir pratiqué la crico-trachéotomie sur une femme de quarante-deux ans affectée de laryngo-typhus, enfonça la canule dans un espace situé derrière le cricoïde et la trachee; la malade étouffa naturellement et à l'autopsie on vit que la canule avait pénétré dans une poche remplie de pus cachee derrière l'anneau du cricoïde et longeant la surface antérieure des anneaux de la trachee; ces deux exemples se trouvent décrits en detail dans les *Würzburger Verhandlungen* 2, 31, et dans *Schmidt's Jahrbücher* 38, 31 et 38, 201.

Dans un cas pareil, Mohr, à Wurzbourg, pénétra jusque sur la colonne vertebrale et perdit naturellement son malade. Pittra (*Prager Vierteljahrschrift*, 1857, I, 19) apres avoir pratiqué la crico-tracheotomie en cas de laryngo-typhus, enfonça la canule entre la muqueuse et les anneaux de la trachee; le malade etouffa naturellement. Le même accident arriva à Boyer et à Schroëtter. Michel à Nancy, en pratiquant la laryngo-tracheotomie sur un laryngo-typhus à l'hôpital Saint-Charles (31 juillet 1878), divisa la veine jugulaire anterieure; au lieu de faire la ligature avant d'ouvrir la trachee (contrairement aux preceptes de la chirurgie), il laissa couler le sang; pendant la syncope, il ouvrit la trachee, le sang coulait

de nouveau et le malade mourut sous le couteau pour ainsi dire; l'introduction de la canule avait été impossible, parce que « entre la muqueuse et la paroi postérieure du cricoïde il se trouvait un foyer renfermant, à l'autopsie, une matière demi-molle, d'un gris ardoise et des parties de cartilage nécrosé. »

Ces accidents ont été publiés par des chirurgiens renommés; en ajoutant les échecs nombreux, sans doute, qui ne sont pas connus, il faut convenir que les malheurs ont dû être assez fréquents et que l'opération a été nécessairement discréditée.

Il faut donc, sans exception aucune, pratiquer la vraie trachéotomie à l'endroit le plus bas possible, malgré les difficultés amenées par la situation plus reculée de la trachée et par la présence éventuelle d'un goître. Après que la vie est sauvegardée par cette opération assez innocente il ne faut pas vouloir hâter artificiellement le parcours de l'affection laryngienne, il ne faut pas vouloir débarrasser le malade trop tôt de sa canule.

D'un côté, les malades supportent leur canule indéfiniment sans que la santé en souffre; d'un autre côté, ces laryngites et ces périlaryngites demandent un temps très long pour guérir; pendant ce temps les fragments cartilagineux se frayent un passage artificiel, par lequel ils s'éliminent en amenant ainsi une guérison définitive. Entre temps les muscles crico-aryténoïdiens postérieurs peuvent regagner plus ou moins leurs fonctions dilatatrices. Pendant toute cette période la canule doit rester en place; sa présence est une garantie contre l'effet des rétrécissements consécutifs ou le tassement des cartilages; elle facilite alors le traitement mécanique par la voie naturelle et par la voie artificielle, elle permet de tamponner la trachée si la résection laryngienne est jugée nécessaire. Après la guérison relative, le chirurgien doit ôter la canule lui-même au moment convenable; il faut qu'il soigne lui-même la plaie trachéale jusqu'à guérison complète.

Ces quelques considérations sur le laryngo-typhus sont basées sur les données fournies par la science actuelle, elles découlent de l'observation des cas de ce genre que j'ai eu le plaisir d'opérer et de soigner moi-même. L'histoire de ces malades se trouve décrite dans les annales des maladies de l'oreille et du larynx 1878, 2, 3 et 5, 1880, 82 et 3. Inutile donc de faire des répétitions. Seulement ces descriptions ont été publiées au moment de l'opération ; je vais donc seulement énumérer les points essentiels, ainsi que l'issue finale : les cas observés étaient des hommes âgés de dix-huit, de dix-neuf et de vingt-deux ans, c'est-à-dire le sexe aussi bien que l'âge, coïncidaient avec la règle générale. Chez le premier et le second, l'opération n'a pas été pratiquée pendant la période aiguë, par négligence de la part de l'entourage; les malades ont échappé par hasard, pour ainsi dire, et malgré cela la trachéotomie est devenue nécessaire plus tard, preuve qu'il faut la pratiquer toujours au début. Le troisième malade a été opéré au moment où il allait étouffer, et l'on pouvait très bien constater à l'angle supérieur de la plaie, à la région cricoïdienne la tumeur fluctuante caractéristique; cette dernière a été ménagée pendant l'opération, la trachéotomie profonde fut pratiquée, l'abcès ne fut ouvert que plus tard; il renfermait du pus, du sang et des grumeaux cartilagineux. La canule put être définitivement ôtée deux années plus tard seulement, et le malade est complètement guéri. Le premier malade n'a éte opéré qu'un an après son laryngo-typhus, il porta sa canule pendant trois ans, quand il se formait un abcès après l'ouverture duquel le malade ôta lui-même définitivement. sa canule

Le second de ces malades a dû être opéré encore trois ans après son laryngo-typhus; pendant ces trois ans, le procès inflammatoire avait pris son cours habituel si lent pour nécessiter enfin la trachéotomie. Chez les trois malades, la canule a pu être ôtée définitivement, contrairement à la règle admise généralement par les auteurs.

C'était en vain et à tort que chez le premier et le troisième malade j'avais essayé le traitement mécanique dans le but de hâter la guérison; le traitement restait sans effet et les malades ne guérirent qu'après que la périchondrite eut atteint sa fin. Le premier et le troisième malade avaient trouvé bon d'ôter la canule eux-mêmes; ils ne se présentèrent que quelques mois après; le premier avait gardé une large fistule qui ne fut guérie que par une opération sanglante; le troisième avait gardé une fistule très étroite qui fut guérie facilement moyennant les cautérisations au thermo-cautère cylindrique. Le second malade s'était soumis à un traitement régulier et guérit sans fistule. Chez tous les trois, la guérison définitive s'est effectuée spontanément, pour ainsi dire, car ils avaient été traités expectativement; le tassement des cartilages s'est fait de telle sorte que la canule a pu être définitivement enlevée, sans traitement mécanique et sans résection préalables. Cependant il ne faut admettre cette guérison complète qu'avec une certaine restriction : ainsi chez les trois malades, la voix a gagné un timbre beaucoup plus profond; chez le premier, l'épiglotte très épaissie porte des cicatrices et une échancrure profonde du côté gauche; la glotte représente un triangle isocèle dont la base est relativement petite, preuve combien le calibre du larynx est largement calculé; la corde vocale droite est à peine visible dans toute sa longueur; la corde vocale gauche semble un peu plus large; elles se rapprochent très bien pendant la phonation et sont recouvertes alors par les fausses cordes vocales qui se touchent entre elles dans leur tiers antérieur; pendant une inspiration profonde, elles changent à peine de place. A droite, les cartilages de Santorini et de Wrisberg ont disparu; l'aryténoïde gauche montre une augmentation de sa surface externe, ce qui provient d'une luxation sans doute.

Chez le second malade, les fonctions des muscles crico-aryténoïdiens se trouvent fort peu entravées; il n'existe qu'une parésie de la corde vocale gauche;

mais au-dessous de cette dernière se trouve une tumeur rouge, lisse, formée par la moitié gauche du cartilage cricoïde. Chez le troisième, on remarque une parésie des crico-aryténoidiens postérieurs et le symptôme d'une inflammation laryngienne catarrhale chronique.

En résumé, les conclusions de ces considérations sont les suivantes :

1° Le vrai laryngo-typhus existe réellement : il coïncide toujours avec la période aiguë de la maladie générale;

2° Si les symptômes de laryngo-sténose se manifestent pendant la période de reconvalescence de la fièvre typhoïde, ils sont l'expression de la périchondrite, qui en général se manifeste dans les maladies aiguës de longue durée.

3° L'opération est indiquée dès que les symptômes de laryngo-sténose deviennent inquiétants,

4° Il faut toujours pratiquer la trachéotomie profonde en évitant la région cricoïdienne;

5° Il faut avoir la patience d'abandonner ces périlaryngites et ces périchondrites à leur cours naturel, qui est très long, sans vouloir hâter la guérison définitive ;

6° Si après la guérison définitive, le malade ne peut pas se passer de sa canule, on a tout le temps d'employer le traitement mécanique par les deux voies et, le cas échéant, de pratiquer la résection laryngienne.

Dr Paul Koch.

COMPTE-RENDU

DU

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

(8e SESSION, COPENHAGUE 1884)

Section de Laryngologie (*Suite et fin*)

Mardi 12 août. — Présidence de M. Morell-Mackensie.

M. F. Semon (Londres) fait une communication sur :

La classification étiologique des troubles moteurs du larynx. — Il donne l'explication de la table imprimée

dans le programme définitif du congrès, et explique de quelle façon il comprend la tendance que présentent les fibres abductrices du récurrent à être affectées les premières ou les seules lorsqu'il s'agit d'une affection organique de l'accessoire du pneumo-gastrique ou du récurrent. Il résulte des observations et des mensurations nombreuses qu'il a faites que la fente glottique est plus grande chez l'homme vivant que sur le cadavre.

Ce n'est pas la conséquence d'une force plus grande des abducteurs, mais très probablement d'un excès d'innervation des abducteurs, d'origine centrale (provenant du centre phonateur). Mais l'expérience et l'observation démontrent que malgré leur tonicité réflexe, les abducteurs sont plus faibles que les adducteurs. Ce fait pourrait donc expliquer, comment les abducteurs sont les premiers paralysés lorsqu'ils sont organiquement atteints.

Le Dr Krause (Berlin) : **Expériences sur les contractures des cordes vocales.** — Il partage l'opinion de Semon à savoir que la position des cordes vocales pendant la respiration ordinaire est due à une tonicité réflexe. Une simple considération, dit-il, suffit à démontrer que nous avons affaire ici à une tonicité réflexe, semblable à celle que nous constatons pour les muscles bulbo-caverneux urétraux, et les sphincters de la vessie. Les expériences faites par Rosenthal ont prouvé que les pneumo-gastriques sont dans un état perpétuel d'irritation. Le larynx, organe de la phonation, offre cependant à la respiration un obstacle incessant, soit pour l'inspiration, soit pour l'expiration. Cet obstacle devant être constamment surmonté, il en résulte une contracture tonique des muscles postérieurs animés par voie réflexe, par les pneumo-gastriques qui sont toujours en état d'irritation.

En raison de l'importance et de la difficulté du sujet, nous donnerons sur ces deux communications des détails plus complets lorsqu'elles auront paru *in-extenso*, ainsi que sur l'intéressante discussion qui suivit, à laquelle prennent part B. Fraenkel (Berlin), Mackensie (Londres), Catti (Fiume), Boeckler (Berlin).

Séance du soir. — Présidence du Dr Gottstein (Berlin).

M. Morell-Mackensie (Londres): **Traitement du goître.** — Il préconise les solutions iodées en injections hypodermiques dans le traitement du goître fibreux. Dans les formes kystiques, on doit déterminer la formation d'abcès à l'aide d'une petite quantité de perchlorure de fer. On ne doit pratiquer l'extirpation que lorsque la vie de la malade est en danger.

Ribbing (Lund): **Traitement du goître.** – D'après son expérience personnelle le traitement interne et les injections iodées sont inefficaces. Quant à l'extirpation, le chiffre de la mortalité, sur 240 cas opérés en 1883, a été de 11 pour 100. Il dirige l'attention sur les inconvénients qui résultent de l'extirpation et conclut en disant que la question du traitement du goître n'est pas encore tranchée.

Schaeffer (Brême), recommande l'électrolyse; elle lui a donné dans plusieurs cas d'excellents résultats.

Rosander (Stockholm) donne une statistique de cas traités par l'iode. Sur 29 cas (1 tumeur considérable, 8 de grandeur moyenne, 20 petites) traités par l'iode à l'intérieur, on compte 14 guérisons avec une récidive. On ne connaît pas le résultat dans le reste des cas. Sur 23 cas (8 grandes tumeurs, 7 de grandeur moyenne, 8 petites), traités par les injections iodées, tous ont guéri ou ont été considérablement améliorés.

La discussion qui suit et à laquelle prennent part Schnitzler, Hedley et Bocker, n'apporte aucune lumière nouvelle. Semon fait observer cependant que l'extirpation partielle est très souvent suffisante, plus facile à exécuter, et moins dangereuse que l'ablation totale.

Mercredi 13 août (pas de séance).

Jeudi 14 août. — Combinaison oto-laryngologique.
Présidence de M. Morell-Mackensie,

B. Fraenkel (Berlin) : **Névroses réflexes causées par les maladies du nez.** — Il donne un abrégé de toutes

les névroses qui peuvent avoir pour cause une affection de la muqueuse pituitaire ; il mentionne les différentes opinions sur la façon dont elles se produisent, et en particulier celle de Hack, qui prétend que le gonflement des corps caverneux joue un grand rôle dans leur production. Frænkel n'est pas du même avis : il prétend que les névroses réflexes peuvent être déterminées par une excitation de toutes les parties du nez, c'est, d'après lui, un état d'irritation des nerfs sensitifs du nez qui détermine les réflexes. C'est au reste ce qui se produit dans toutes les autres parties du corps ; mais cette irritation se produit plus souvent dans le nez déterminant alors des réflexes qu'on ne connaissait pas jusqu'à présent. — Puisque ce sont les maladies du nez qui déterminent des névroses réflexes, le traitement ne doit pas être cherché dans le galvano-cautère, mais dans le traitement ordinaire des maladies du nez.

Semon, Frænkel, Krause, Bresgen, Hering, Catti, Gottstein, Boecker, Bosworth, Daly, Chiari, Roe, Reichert, prennent part à la discussion, et tous, sauf Gottstein qui se montre très sceptique à l'égard de l'opinion de Hack, admettent qu'il y a beaucoup de vrai dans l'opinion de ce dernier, mais aussi beaucoup d'exagéré.

Séance du soir. — Présidence du Dr Bosworth.

Bryson-Delavan (New-York) : **Localisation du centre moteur du larynx.** — Il rapporte deux observations :

Il s'agit, dans le premier cas, d'un homme âgé de 67 ans, qui avait été atteint d'une hémiplégie gauche et dont la voix était sifflante et indécise. Tous les symptômes disparurent plus tard, il ne resta qu'une paralysie persistante de la corde vocale gauche. Il s'agit aussi dans le second cas d'une hémiplégie gauche avec défaut d'articulation de la parole. Cette dernière ne revint pas tout à fait, bien que tous les autres symptômes eussent disparu. Le malade mourut quelque temps après d'une hémiplégie droite avec aphonie complète. A l'autopsie, la surface de la troisième circonvolution fron-

tale apparaît décolorée, jaunâtre. La lésion s'étendait à travers la substance grise sur une surface d'un pouce carré et d'un quart de pouce de profondeur. La même lésion existait à gauche sur les parties correspondantes, mais elle était moins étendue.

CATTI (Fiume) : **Technique de la laryngo-trachéotomie**. — L'auteur recommande une modification nouvelle pour faire la trachéotomie. Elle consiste à introduire dans le larynx un cathéter en caoutchouc durci, en faisant tenir le cathéter par un aide et de faire l'incision sur le cathéter. Ce dernier ne permettant pas le moindre mouvement au larynx et à la trachée. On ne doit enlever le tuyau en caoutchouc durci que lorsqu'on a fixé la trachée à l'aide de deux crochets de *Bosc* et lorsqu'on a introduit la canule. Chez les enfants l'opération doit toujours être faite après anesthésie. Chez ces derniers on emploie un tuyau en caoutchouc durci n° 1 ou un cathéter anglais n° 12 à 14; chez les adultes on se sert d'un tuyau n° 2 à 5 ou d'un cathéter anglais n° 14 à 16. On doit faire usage de cette méthode dans la pratique privée, surtout à la campagne. On fait observer au cours de la discussion que le procédé n'est pas nouveau.

Mercredi 15 août. — Présidence du Dr HERING (Varsovie).

FRENCH : **Photographie du larynx**. — Il montre à quel degré d'exactitude et de simplicité la photographie du larynx est arrivée, avec un petit appareil à main; il réussit à avoir rapidement une bonne image du larynx dans la première séance. Il présente un grand nombre de photographies parmi lesquelles se trouvent de très bonnes copies de larynx normaux et pathologiques.

MM. HERING, MACKENSIE et DALY le remercient, au nom de l'assemblée.

MOURE E.-J. (Bordeaux) : **De l'emploi des sulfureux dans la tuberculose laryngée**. — L'auteur soutient que l'on ne doit jamais administrer les sulfureux dans la

tuberculose laryngée. Ils sont quelquefois inutiles, le plus souvent nuisibles. Ils déterminent en effet, une poussée aiguë, agissant du côté du larynx, et amènent souvent l'éclosion d'une nouvelle poussée des tubercules. — Cette communication a été publiée *in-extenso* dans la revue. (1)

Séance du soir.— Présidence du Dr E. J. Moure (Bordeaux)

Discussion sur le traitement de la **diphtérie**. Chacun recommande le sien, et Fraenkel fait observer, avec raison, qu'une preuve de l'inefficacité du traitement d'une maladie, était la multiplicité des médicaments préconisés contre elle. Parmi ces nombreux remèdes, nous nous bornerons à mentionner le chinolin que Seifert et Donath (Buda-Pesth), ont employé avec succès.

Gottstein et E. Fraenkel font observer qu'il est beaucoup de cas graves qui guérissent d'eux-mêmes, et que l'affection locale n'est pas toujours en relation directe avec la maladie générale.

Catti (Fiume) n'emploie aucun traitement dans la diphtérie. Il n'a pas plus de cas mortels que les autres.

Berlème-Nix, d'après son expérience personnelle, recommande le raclage du larynx à l'aide de la curette. Il a traité neuf cents cas et n'a eu que 1 2/3 p. 100 de morts.

Rothe (Allenburg) préconise aussi ce mode de traitement.

Schnitzler (Vienne) : **Sur les tumeurs tuberculeuses du larynx.** — Il en rapporte un cas fort intéressant au point de vue clinique. Le malade, âgé de vingt-un ans et atteint de phthisie pulmonaire, fut pris en novembre 1882 d'accès de suffocation. La cavité du larynx tout entière était remplie par plusieurs tumeurs du volume d'une fève ou d'une noisette. Elles siégeaient dans le ventricule de Morgagni. En raison de la dyspnée, le professeur Billroth dut

(1) Voir la Revue n° 12, décembre 1884.

pratiquer la trachéotomie et SCHNITZLER put ensuite enlever les trois tumeurs les plus volumineuses à l'aide de la guillotine laryngée. Sept mois plus tard (6 juillet 1883) récidive, une seconde trachéotomie fut nécessaire. On râcla les masses de la tumeur qui remplissaient le larynx. On laissa la canule à demeure dans la trachée. En mars 1884, le malade revint. Malgré la canule, la respiration était fort difficile, l'air expiré avait une odeur fétide. A l'examen laryngoscopique, on constate un gonflement considérable de la muqueuse, sans ulcération. L'odeur provenait d'une sécrétion jaunâtre recouvrant la muqueuse. On prescrivit des pulvérisations quotidiennes au sublimé et des insufflations d'iodoforme. Sous l'influence de ce traitement l'odeur disparut, la sécrétion diminua. Le 12 juin 1884, on enlève la canule, elle est remplacée par une petite lame de gutta-percha. Au commencement du mois d'août, le malade est complètement remis. Il mange et il dort bien.

Samedi 16 août. — Présidence du Dr FRÆNCKEL.

BOSWORTH (New-York) : **De la voix.** — Le laryngoscope n'est d'aucune utilité pour la culture de la voix. La voix ne dépend pas seulement du larynx, mais encore de la constitution des cavités pharyngienne, nasale et buccale et de beaucoup d'autres conditions. Toutes les méthodes forcées, comme par exemple la respiration abdominale, immobilisation du larynx, etc., ne valent rien et sont même nuisibles.

MM. SEMON et BAYER approuvent cette opinion.

SCHMIEGELOW (Copenhague) : **Rhinolites.** — L'auteur rapporte un cas de rhinolites. Cette communication a été publiée *in extenso* dans la Revue (1).

DALY. — *Remarque sur l'étude de la laryngologie en Amérique.* — L'auteur démontre les progrès de la laryngologie en Amérique dans les dix dernières années.

(1) Voir Revue n° 11, novembre 1884.

Dans les différentes séances du Congrès, un grand nombre d'appareils et d'instruments ont été présentés.

Bayer (Bruxelles) présente des accumulateurs très pratiques, faciles à manier et ayant une grande intensité d'incandescence.

Boekker (Berlin) présente un instrument analogue à un cathéter, destiné à enlever les granulations de la trachée après la trachéotomie. Il présente aussi un nouvel amygdalotome et un nouveau serre-nœud à polypes.

Krause (Berlin) montre un porte-tampon qui est une modification de celui de M. Gottstein.

Michelsom (Königsberg) fait voir une chaise pour les opérations.

Czarda (Prague) présente plusieurs instruments pour le nez et le pharynx.

Garel (Lyon) son laryngo-fantôme.

Michael (Hambourg) des instruments pour tamponner la trachée et un dilatateur pareil au spéculum vaginal de Mathieu. Il l'a employé avec succès dans un cas de rétrécissement du pharynx d'origine spécifique.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Perforation de la membrane du tympan : études cliniques et propositions du Dr Vitt. Grazzi. *(Sulle perforazioni della membrana del timpano, studi clinichi).*

Après avoir mis en relief l'importance de son sujet, l'auteur donne une description anatomique très complète de la membrane du tympan, et en définit exactement le rôle physiologique, et les propriétés (résistance, extensibilité, direction, anomalies). Il divise les perforations en quatre classes : lésions congénitales, pathologiques, traumatiques et chirurgicales, et n'admet pas la distinction de certains auteurs en perfo-

rations *complètes et incomplètes*, ces dernières n'étant simplement que des ulcérations. Il décrit avec détail et clarté chacune de ces espèces de perforation, et cite des cas types recueillis dans sa pratique, qui corroborent et gravent mieux dans l'esprit les caractères assignés à chacune d'elles.

Les perforations *pathologiques* peuvent survenir à la suite de l'inflammation propre du tympan (myringite), ou après des otites moyennes aiguës, dues souvent à des fièvres exanthématiques, et plus particulièrement à la scarlatine. L'auteur considère le mécanisme, la force, le nombre, les conséquences de ces perforations. Il s'étend ensuite sur le pronostic et le traitement, qui doit avoir pour but de procurer la cicatrisation, ou de faire disparaître artificiellement, par de petits appareils appropriés, la perforation tympanique : il décrit à ce sujet les divers tympans artificiels, imaginés par Toynbee, Knapp, J. Michael, Trœlsch, et finalement conseille, avant tout, le simple tampon de coton imbibé d'huile et introduit dans l'oreille.

Les perforations *traumatiques* peuvent être produites soit par la compression trop forte de l'air dans l'oreille, soit aussi par sa raréfaction subite dans le conduit externe : les circonstances peuvent varier indéfiniment. Quelques observations très détaillées montrent les traitements employés de préférence par le Dr Vitt. Grazzi ; chemin faisant, il signale les altérations curieuses qui se produisent parfois sur le sens du goût, à la suite des lésions de la corde du tympan. Le diagnostic, le pronostic, sont soigneusement étudiés.

Puis il fait l'histoire des perforations *chirurgicales*, et des péripéties par lesquelles la méthode est passée depuis Riolan jusqu'à nos jours, il montre le but qu'elle doit atteindre, les altérations auxquelles elle doit remédier.

Un dernier paragraphe est consacré aux *procédés opératoires* mis en pratique par les divers otologistes. Le Dr V. Grazzi montre d'abord l'appareil d'éclairage dont il se sert, et la manière dont il procède à l'examen otoscopique. Il décrit ensuite la manière de pratiquer la *simple ponction* de la membrane du tympan, la *cautérisation*, l'*incision avec perte*

de substance, l'incision simple, et les moyens divers employés pour retarder ou empêcher la fermeture de la perforation. C'est le dernier point, mais non le moins instructif, du travail du Dr V. Grazzi; ses procédés et ses instruments y sont nettement exposés, et il semble qu'après son bistouri à demi-lance avec disque d'arrêt, après sa molette d'or à ressort, destinés à pratiquer et à maintenir ouverte la perforation du tympan, il n'y ait plus rien à perfectionner sur ce point particulier de chirurgie otiatrique. (Florence, 1884.)

Dr Duhourcau.

Nouvel appareil pour doser les médicaments à introduire dans la caisse du tympan.

Le Dr Verdos, de Barcelone, a fait connaître dans la *Revista de Ciencias medicas,* l'appareil qu'il a inventé pour mieux assurer le traitement des otites moyennes, en introduisant dans la caisse une quantité définie du médicament approprié. En outre de cet avantage, ce petit appareil est d'un poids insignifiant, très facile à manier il évite aux malades les plus susceptibles, les ennuis que leur cause d'habitude le traitement local.

Dr D.

De la thermométrie de l'oreille (*On the thermometry of the Ear),* par le Dr Bogdan-Flitner.

L'auteur a pris 100 fois le température du conduit sur des sujets sains, et 114 fois sur des malades atteints de maladies aiguës ou chroniques de l'oreille, les expériences étaient faites avec le thermomètre de Wuden. Chez les personnes saines il a trouvé que la température normale était de 36°8, tandis que sous l'aisselle ou dans l'anus, il trouvait 37°5 à 37°8. Dans les différentes affections de l'oreille, l'écart de ces deux températures variait entre 0°5 et 1°.

L'auteur a également constaté que lorsqu'une affection de l'oreille était compliquée de lésion cérébrale, la température prise dans le conduit auditif était plus élevée que celle donnée par le rectum. (*The London, med. Rec.*, 15 août 1884).

Du sulfure de calcium dans les affections de l'oreille. *(Calciumsulphid bei Ohrerkrankungen)*, par Gorham Bacon.

Le Dr Bacon préconise l'emploi du sulfure de calcium à l'intérieur (déjà recommandé par Sexton) pour toutes les affections de l'oreille qui engendrent ou accompagnent l'otorrhée. Dans les otites externes furonculeuses et diffuses et dans les catarrhes purulents aigus, subaigus et chroniques de la caisse, et même lorsque l'apophyse mastoïde est atteinte, le remède, d'après l'auteur, est efficace. Il prétend que le sulfure de calcium empêche la suppuration lorsque le pus n'est pas déjà formé et l'abrège lorsqu'elle existe déjà. — Il donne aux enfants une dose de 3 à 5 milligr. seulement, aux adultes 5 à 25 milligr., plusieurs fois par jour.

Les huit observations que cite l'auteur ne suffisent pas à prouver une action efficace de ce remède, d'autant plus que, dans tous les cas, sauf un seul, il avait employé en même temps le traitement local ordinaire. (*Zeitschr. Ohrenheilk.*, *Band* XIII, *Heft.*, 2, 3.)

L. L.

De l'influence des différents bruits sur les oreilles malades et les oreilles saines. *(Die Wirkung von Geräuschen auf kranke und gesunde Ohren)*, par John Roosa.

A vrai dire Roosa ne parle que de la paraconsie de Willis qu'il oppose à la surdité des chaudronniers.

En ce qui concerne la première de ces affections, il fait observer qu'il existe beaucoup de personnes qui entendent difficilement les sons dans des endroits tranquilles et qui entendent au contraire distinctement et sans difficulté lorsqu'ils se trouvent au milieu d'un grand bruit. D'après Politzer ce symptôme s'explique par une modification des osselets et non, comme le croient Kramer et Rau, par une irritation du nerf auditif peu excitable.

Dans la paracousie il n'existe pas de lésions du nerf acoustique.

Dans toutes les affections de l'oreille moyenne et non-seulement dans les cas incurables, comme Politzer le prétend,

on peut rencontrer le symptôme de la paracousie; on l'observe non-seulement chez les personnes atteintes d'otites chroniques non purulentes, mais aussi dans des formes aigües, subaiguës et chroniques de catarrhes de la caisse avec destruction partielle ou totale du tympan.

La maladie décrite sous le nom « surdité des chaudronniers » est causée par le bruit produit dans les ateliers. La lésion affecte le labyrinthe, le tronc du nerf auditif et peut être regardée comme une névrite de l'acoustique. C'est seulement l'appareil de perception qui est atteint dans ces cas, et il croit le prouver par 12 observations dans lesquelles le diapason fut mieux entendu et plus longtemps perçu par la transmission aérienne que par celle de l'os. Il prétend que cet examen est seul capable de démontrer que l'on a vraiment affaire à une affection de l'oreille interne. Il croyait, à tort, autrefois, que les malades atteints de la surdité des chaudronniers entendaient mieux au milieu du bruit; au contraire ils entendent moins bien et reprennent un peu l'acuité d'audition s'ils s'abstiennent pendant quelque temps de leur travail bruyant. (*Zeitschr f. Ohrenheilk Band* XIII, *Heft.*, 2, 3.)

L. L.

Des rapports supposés entre les maladies de l'oreille et celles du rein. (*The supposed connection betwen Ear disease and Kidney disease*), par Ch. H. Burnett.

Les auteurs les plus récents ont montré les rapports qui existent entre les altérations de l'oreille et celles des autres organes, du rein en particulier. Bien qu'on ait cité des cas d'hémorrhagies de l'oreille interne ou moyenne s'étant produits chez des individus atteints du mal de Bright, l'auteur ne croit pas qu'on soit fondé pour cela à voir une corrélation entre les maladies du rein et celles de l'oreille. Il rapporte alors diverses observations et les opinions de divers auteurs, Rau, Schwartz, Roosa, Tissot, Buck, etc., et croit pouvoir conclure qu'il n'est pas démontré qu'il existe une liaison quelconque entre les maladies du rein et celles de l'oreille, que les lésions de l'oreille que l'on a constatées dans le mal de

Bright et le diabète et qui sont peut-être sous la dépendance de l'état dyscrasique engendré par ces maladies, sont toutes des suffusions séro-sanguinolentes ou des hémorrhagies; enfin des épanchements séreux du labyrinthe peuvent peut-être se produire dans le mal de Bright, mais on n'a pas d'autopsie à l'appui de cette opinion. (*The polyclinic*, 15 février 1884).

J. C.

Troubles de l'oreille dans l'hystérie et influence de l'hystérie sur la production des maladies de l'oreille. *(Aural symptoms in hysteria and the hysterical élément in aural diseases)*, publié en Anglais, par MM. Clarence, J. Blake, M. D. et G. L. Walton.

Les auteurs publient deux cas. les premiers, disent-ils, d'une série par laquelle ils espèrent démontrer que dans les maladies de l'oreille, le médecin doit se préoccuper de rechercher s'il existe des symptômes d'hystérie, de même que le névrologiste doit se préoccuper de l'état de l'organe de l'ouïe chez les névropathes. Dans le premier cas des douleurs mastoïdiennes très intenses coïncidant avec un état congestif de la muqueuse de la caisse pouvaient laisser croire à une inflammation des cellules mastoïdiennes. Mais les caractères du pouls et de la température et la conservation de l'audition firent rejetter cette hypothèse.

Un traitement général suffit pour améliorer beaucoup la malade, qui présentait à un haut degré tous les symptômes de l'hystérie.

Le second cas est intéressant en ce que la lésion de l'oreille (inflammation de l'oreille moyenne avec exsudation séreuse ayant nécessité la myringotomie) paraît avoir été la cause occasionnelle de l'apparition de la névrose hystérique qui avait jusqu'alors été à l'état latent. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, Septembre 1884.)

J. Ch.

Essai sur les troubles psychiques consécutifs aux maladies de l'oreille, par le Dr Paul Robin (Thèse de Lyon, 1884).

Nous nous bornerons à donner les conclusions de l'auteur :

1° Les maladies de l'oreille, quelles qu'elles soient, peuvent donner lieu à des complications mentales;

2° Le délire affecte d'ordinaire la forme mélancolique, lypémaniaque. Les conceptions mégalomaniaques sont l'exception ;

3° Le délire avec excitation se voit le plus souvent dans les inflammations aiguës de l'oreille, surtout quand il y a une poussée du côté des méninges ou obstacle à l'évacuation du pus ;

4° L'hérédité, les bruits subjectifs, auditifs, peuvent être considérés comme les facteurs étiologiques les plus importants dans la production des troubles psychiques.

Qu'il nous soit en terminant, permis, de faire observer combien il est regrettable que dans les nombreuses et fort intéressantes observations données par l'auteur dans sa thèse, les examens otoscopiques aient été faits par un médecin peu habitué à pratiquer l'examen de l'oreille. Le diagnostic amène le traitement, et souvent, en maladie d'oreille, le traitement amène la guérison ou une amélioration sensible. Il eût été fort important de constater si la guérison des lésions auditives aurait, dans tous les cas, amélioré ou guéri l'état psychique.

J. Ch.

De la production de la surdité artificielle et de ses rapports avec l'étiologie et le développement des affections de l'oreille (*Ueber die Erzeugung künstlicher Taubheit und deren Beziehung zur Aetiologie und Entwicklung von Ohrleiden*), par I. Cassels.

Etant donné qu'une certaine tension du tympan est nécessaire pour que l'ouïe soit bonne, on comprendra qu'une altération de cette tension amène des troubles de l'audition. Pour démontrer ce fait, l'auteur a fait les expériences suivantes : Chez un homme ayant les tympans normaux, il diminua la tension de l'air dans la caisse en lui faisant faire des mouvements de déglutition, le nez était bouché (procédé de Maissiat).

Il put d'abord observer une dépression et une congestion considérable du tympan, et l'individu en expérience sentit ses oreilles comme obstruées et entendit des bruits subjectifs. En fermant à l'aide d'un tampon le conduit auditif externe, en

même temps qu'il le faisait avaler, les signes précédents ne se produisirent pas et survinrent brusquement lorsque le conduit fut revenu libre.

Longtemps auparavant Lucæ avait déjà démontré dans son travail (DE LA RELATION QUI EXISTE ENTRE LES MALADIES DU NEZ ET CELLES DES OREILLES, *Arch. f. Ohrenheilk. Bd.* IV), qu'une obstruction du nez produite par n'importe quelle cause pourrait engendrer une maladie de l'oreille. (*Zeitschr, f. Ohrenheilk. Band* XIII, *Heft.*, 2, 3.)

L. L.

Contribution à l'étude du tubage de la trompe d'Eustache *(Ein Beitrag zur Bougierung der Ohrtrompete)*, par A. EITELBERG.

L'auteur dit qu'un rétrécissement de la trompe d'Eustache ne peut être exactement diagnostiqué que par le tubage. Car Urbantschitsch a encore trouvé des rétrécissements surtout de l'isthme de la trompe à l'aide de sondes dans des cas où il n'existait pas de bruits à l'auscultation. — Le Dr Eitelberg sonda 163 trompes chez 100 personnes avec les sondes françaises (nº 1, 2, 3, 4, de la série de Charrière). Il trouva que sur 53 malades ayant une otite moyenne chronique des deux côtés, 35 étaient atteints de rétrécissements de la trompe, et que sur 27 cas d'otites moyennes purulentes il existait 19 rétrécissements.

Dans 9 cas, il ne réussit pas même à introduire la sonde nº 1, bien qu'il y eut un passage pour l'air. Sur ces 100 personnes il n'a observé aucune obstruction complète de la trompe qui ne se trouve, en somme, que très rarement. La lumière des deux trompes étant parfois inégale.

Pour compléter ces observations, il examina la trompe sur le cadavre de 15 adultes et de 10 enfants. La longueur de ce conduit, chez l'adulte, est de 36 à 44mm, et la distance de l'orifice pharyngien à l'isthme mesure 24mm. La trompe chez les nouveau-nés, n'a que 19mm de longueur, mais l'isthme est plus large chez les enfants que chez les adultes, fait qui a été déjà constaté par V. Troeltsch. L'auteur donne à la fin de son travail les mesures détaillées de la hauteur et de la lar-

geur de l'orifice pharyngien et tympanique, de la trompe d'Eustache et celles de la fossette de Rosenmüller, et il décrit le trajet que suivent les sondes introduites par la trompe dans la caisse (*Zeitschr. f. Ohrenheilk. Band XIII. Heft.*, 2, 3.)

L. L.

Causes, symptômes et traitement de la surdité nerveuse, et spécialement de la maladie de Ménière ; — faits physiologiques recueillis à ce sujet. (*Cause, sintomi e cura delle cosidette sordita nervose, con ispeciale reguardo alla malattia di Meniere, ed ai fatti fisiologici che vi si collegano.*) Thèse présentée par le Dr GIOVANI-LONGHI, pour obtenir la chaire d'Otiatrie à l'Université de Pavie.

Dans cette étude, dédiée à l'otologiste G. Sapolini, l'auteur cherche à éclaircir surtout la pathogénie et le diagnostic des surdités nerveuses, dont la maladie, dite de Ménière, est la plus connue et une des plus importantes.

Après avoir rappelé les travaux parus sur ce sujet jusqu'à ce jour, il définit ce qu'il entend par *surdités nerveuses*, c'est-à-dire les formes d'affaiblissement ou d'abolition de l'ouïe dépendantes d'altérations du nerf acoustique, soit dans le labyrinthe, soit dans un point quelconque de son parcours depuis ce dernier point jusqu'à son origine centrale.

Il décrit rapidement, mais cependant d'une façon complète et claire, l'anatomie si délicate de l'oreille interne, et fait connaître les plus récentes recherches faites par les Drs M. Duval, Laborde, Gellé, Sapolini, etc., au point de vue de la physiologie du sens de l'audition. Il énumère ensuite les troubles nerveux de ce sens, dus à bien des causes, soit à des altérations des centres cérébraux, soit à des maladies généralisées, soit à des diathèses (syphilis, tuberculose, etc.), ou à des traumatismes. Il déplore le peu d'attention apporté encore trop généralement aux affections auriculaires du jeune âge, et qui est la cause du chiffre élevé des sourds-muets constaté dans nos pays. S'attachant plus particulièrement à la méningite cérébro-spinale, compliquée si souvent de labyrinthite, il démontre l'existence d'une labyrinthite essentielle, d'après les travaux de Moos, Trœltch, Voltolini, Politzer,

celle-ci étant aiguë ou chronique. A ce sujet, il explique les fonctions des diverses parties de l'oreille interne, et en vient à décrire ses expériences propres sur l'influence exercée sur le labyrinthe par une douche auriculaire externe froide ou chaude, et dont les résultats sont des plus intéressants. Les faits curieux, découverts par Flourens, en 1824, relatifs aux vertiges occasionnés par les lésions du labyrhinte ont été expliqués différemment par Geltz et par Lussana; mais le Dr G. Longhi, en éclectique, croit que chacune de ses théories renferme une part de vérité. Il admet des vertiges auriculaires par lésion du labyrinthe, c'est la vraie maladie de Ménière; des vertiges symptomatiques de lésions extra-labyrinthiques et un vertige réflexe sans lésion auriculaire appréciable. Après avoir montré l'étiologie de la maladie de Ménière, puis sa symptomatologie, et les lésions anatomiques diverses constatées dans les autopsies, il en discute le diagnostic différentiel, et en donne le pronostic. Dans l'énumération qu'il fait des traitements variés appliqués à cette maladie, il insiste plus particulièrement sur les cautérisations ponctuées appliquées sur la région mastoïdienne, le sulfate de quinine, dans certains cas déterminés, et l'irrigation d'eau froide dans le conduit; mais il rejette le traitement chirurgical, perforation du tympan (de Wilde), etc. — Il recommande surtout le traitement électrique, par les courants continus seuls, gradués, non intervertis, le pôle négatif ou catode étant appliqué sur l'oreille, et l'anode en un point éloigné. (*Milan, typografia dei fratelli Rechiedei 1883.*)

Dr Duhourcau.

De la surdité dans le tabes syphilitique, par le Dr P. Hermet. Paris, 1884.

La surdité dans le tabes est d'ordinaire un accident de la période préataxique ; elle peut cependant débuter à la période d'état. Deux particularités la caractérisent :

1° L'absence totale des lésions de l'appareil transmetteur;

2° La rapidité de son évolution.

Un malade entendant bien devient en quelques mois com-

plètement sourd, et sourd au point que les bruits extérieurs, même les plus intenses, ne peuvent être perçus.

La surdité va progressant tous les jours, d'une façon mathématique pour ainsi dire. Les débuts sont parfois foudroyants, comme dans le cas de cet officier qui, pendant une revue, est pris subitement de bourdonnements, de vertiges et tombe de cheval.

Les accidents auriculaires apparaissent plus ou moins après le chancre initial, quelquefois très longtemps. M. Hermet cite le cas d'un ingénieur, quarante-trois ans, qui devient sourd quinze ans après l'apparition du chancre. (Obs. III.)

Dans certains cas, la surdité constitue le premier symptôme du tabes.

La surdité tabétique est incurable; l'auteur croit qu'elle est due à une névrite de l'auditif, névrite s'étendant à toutes ses ramifications. Des observations qu'il donne, il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La surdité des tabétiques syphilitiques est due à une lésion profonde;

2° Elle a une évolution rapide ;

3° Elle peut être considérée comme un symptôme de la période préataxique;

4° Elle constitue un élément de diagnostic, et lorsqu'on observera chez un syphilitique une surdité survenue brusquement sans lésion apparente, on devra rechercher s'il n'existe pas d'autres signes d'ataxie locomotrice.

J. C.

Deux cas d'affections du labyrinthe consécutives à la syphilis avec des remarques critiques. (*Zwei Fälle von Erkrankung des Labyrinths in Folge von Syphilis, mit epikritischen Bemerkungen*), par le Dr David Webster.

Dans le premier cas, une seule oreille était atteinte. On constatait, en outre, une surdité presque complète, des bourdonnements continuels, des douleurs névralgiques dans l'oreille et aussi de l'autophonie. Le tympan étant normal, la trompe d'Eustache libre et la perception crânienne pour le

diapason abolie du côté malade ; l'auteur croit qu'il s'agissait d'une affection labyrinthique. L'ouïe fut presque complètement rétablie par le traitement spécifique. Jusqu'à présent, pas de récidive.

Dans le second cas, une seule oreille fut tout d'abord atteinte de surdité pendant quelques mois. Il existait en même temps du vertige et des bruits musicaux.

Le malade guérit et resta bien portant pendant une année environ, lorsqu'un matin, il se réveilla sourd de la même oreille. Il suivit, durant plusieurs mois, le traitement antisyphilitique et vit sa surdité s'améliorer. Mais il reçut bientôt après un coup sur la tempe gauche et devint sourd des deux oreilles. Cette fois, l'oreille déjà atteinte resta sourde, tandis que l'oreille qui avait été la première fois malade fut à peu près guérie. (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, *Band.* XIII, *Heft*, 2, 3.)

L. L.

Propagation d'une otite moyenne non purulente aux cavités perilymphoïdes du labyrinthe. (*Fortpflanzung einer nicht eitrigen Mittelohrentzündung auf die perilymphatischen Räume des Labyrinthes*), par S. Moos et H. Steinbrugge.

Dans le cas observé sur le malade précédent, il y avait aussi à droite des troubles de l'ouïe, et à l'autopsie, les auteurs trouvèrent l'apophyse mastoïde droite également sclérosée. Il existait dans la caisse des adhérences entre l'étrier et la niche de la fenêtre ovale et de la fenêtre ronde. Dans le labyrinthe on constatait l'existence d'une périostite du vestibule accompagnée des petites hémorrhagies et de néoplasmes lamineux. La membrane de la fenêtre ronde était épaissie et l'aqueduc du limaçon obstrué par un détritus de masses cellulaires accolées à la surface interne de la fenêtre ronde.

L'affection de l'oreille moyenne avait probablement été engendrée par la fièvre typhoïde et s'était propagée plus tard au labyrinthe (*Zeitschr f. Ohrenheilk Band.* XIII, *Heft.*, 2, 3).

L. L.

Un cas de carie de l'os pétreux avec paralysie du facial et hémorrhagie mortelle venant de la carotide. (*Ein Fall von*

Caries des Felsenbeins mit facial slähmung und todtlicher Carotisblutung, par S. Moos et H. Steinbrugge.

Il s'agit d'un homme qui avait été atteint de typhus une année auparavant et qui souffrait depuis lors des bourdonnements des deux côtés.

Il eut une otite moyenne purulente à gauche qui fut suivie 4 mois après d'une paralysie du facial sans paralysie des muscles du pharynx et d'une hémorrhagie venant de la carotide à la suite de laquelle il succomba.

A l'autopsie on trouva des tubercules dans tous les organes et une carie très étendue de l'anneau osseux de l'orifice de la trompe d'Eustache dans la caisse. Le canal carotidien et l'aqueduc de Fallope étaient ouverts et la carotide érodée au niveau du promontoire.

L'apophyse mastoïde présentait les lésions de la sclérose probablement consécutives à la fièvre typhoïde. Cet état aurait eu de graves inconvénients si l'on avait voulu faire une trépanation. Au microscope on trouve une dégénérescence graisseuse de la myéline des nerfs facial et acoustique et surtout de ce dernier. (*Zeitschr. fi. Ohrenheilk. Band.* XIII, *Heft.*, 2, 3.)

L. L.

Méningite suppurée déterminée par l'ulcération d'un adénome perforant de l'hypophyse cérébrale, pénétré dans la cavité nasale. Chiari, Prager med. Wochens chrift 1883, n° 26.

Tumeur hyperplasique de l'hypophyse désignée comme adénome ; de la grandeur d'un œuf moyen de poule ; une portion ayant la grosseur d'une noix se trouvait dans la partie crânienne, le reste occupait la partie supérieure du nez. L'ulcération de cette portion, avait amené des troubles hémorrhagiques et inflammatoires, et déterminé ainsi la méningite suppurée. (*Centralbl. für die medic. Wissenschft*), n° 45.

Goris.

De la forme des cellules de l'organe de Corti chez l'homme (*Die zelligen Gebilde des menschlichen cortischen organs*), par H. Steinbrugge.

Steinbrügge démontre, à l'aide de deux planches faites

d'après deux coupes du labyrinthe que les cellules extérieures de Corti n'ont pas une forme oblongue, cylindrique ou conique et ne présentent pas des prolongements, ainsi que le prétendent presque tous les histologistes depuis Deiters, mais qu'elles sont rondes, plus petites et sans aucun prolongement, ce qu'avait déjà constaté Hensen en 1863. (*Zeitschr. f. Ohrenheilk. Band* XIII, *Heft.*, 2, 3). L. L.

Un cas d'angine scarlatineuse résultat de la contagion provenant de la scarlatine du cheval (*Scarlatinal Angina following exposure to a Case of équine scarlatin*), par J. W. Stickler, M. D.

Le Dr Tenner rapporte, qu'ayant été informé d'un cas de scarlatine chez le cheval et l'ayant examiné, il se fit une blessure en introduisant sa main dans la bouche de l'animal. Onze jours après, il fut saisi d'une forte fièvre et présenta tous les symptômes de l'angine scarlatineuse. Ce diagnostic fut porté en raison de l'*aspect caractéristique de la gorge et de la langue*. C'est le seul cas existant dans la science de scarlatine contractée par le contact de l'homme et du cheval. Quant à l'existence de la scarlatine chez le cheval, elle n'est pas douteuse, et les vétérinaires connaissent parfaitement cette maladie (*The Med. Record*, 29 mars 1884). J. C.

Quelques considérations diagnostiques sur certaines formes du cancer, de la tuberculose et de la syphilis du larynx. Leçon donnée à la policlinique de l'École de médecine de Séville, par le professeur Ramon de la Sota y Lastra (*Breves consideraciones diagnosticos sobre algunas formas del cancer, de la tuberculosis, y de la sifilis de la laringe).*

Les cinq malades, objet de cette leçon, dépassaient l'âge de 50 ans, avaient tous des antécédents syphilitiques ou vénériens, mais leur poitrine était en excellent état, bien qu'ils eussent rapidement maigris. A première vue on les eût crus tous atteints de la même affection, et cependant deux avaient un cancer du larynx, deux des lésions syphilitiques, un seul était tuberculeux. L'auteur rappelle les signes divers du *cancer de la gorge*, indolore selon le siège qu'il occupe, ou donnant lieu à des douleurs lancinantes, altérant plus ou

moins la voix, gênant la respiration et la déglutition. — Couleur spéciale de la peau, forces rapidement perdues, moral très affecté, peu de toux et d'expectoration, etc. Au laryngoscope, couleur violacée et grosses granulations du pharynx, larynx plus ou moins déformé, présentant une ou plusieurs tumeurs, rouges, livides, à surface lisse ou granuleuse, ou ulcérée selon la période, dures au toucher, plus tard se ramollissant et végétant, tandis que les ganglions du cou s'engorgent. Marche rapide, mort quelquefois subite, d'autres fois hâtée par le défaut d'alimentation.

La *tuberculose laryngée* s'observe le plus souvent chez des sujets jeunes, lymphatiques ou nerveux, ayant l'illusion facile. La voix s'altère rapidement jusqu'à l'aphonie plus ou moins complète. Toux fréquente et fatigante, avec expectoration visqueuse ou muco-purulente, mais sans l'odeur fétide qu'exhalent les cancéreux, hémoptysies assez habituelles. Douleur nulle au début, mais se faisant sentir plus tard au moment de la déglutition, empêchant même celle-ci, mais n'étant presque jamais spontanée. L'auteur a vu souvent la tuberculose laryngée primitive arriver à une période très avancée avant d'envahir les poumons. La muqueuse palatine est pâle ou rouge par plaques, parsemée de petites vésicules adhérentes, la luette est œdématiée, la paroi postérieure semée de granulations fines et rouges. Parmi les états laryngés que l'on peut confondre avec la tuberculose du larynx, il faut citer l'*hypertrophie tuberculeuse* décrite par Ariza, et qui offre des aspects variés sous le rapport du volume comme de la coloration. Ces gonflements mous, s'ulcèrent et suppurent par les progrès du mal.

La *syphilis laryngée* passe facilement inaperçue au début. Cicatrices sur le palais, absence de la luette, tuméfaction rouge vif de la région laryngée, condylômes ou pertes de substance, ulcérations ou végétations des cordes vocales, des replis, etc., aidés des anamnestiques, de l'examen de la peau, et surtout corroborés par le traitement spécifique, tels sont les signes qui mettront son existence hors de doute (Sevilla, 1884). D[r] Duhourcau.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

Albert (E.). — De quelques affections rares de la langue. (*Wien. Med. Presse.* N° 1, 4 janvier 1885. N° 2, 11 janvier 1885.)

Ariza. — De l'influence du coryza chronique et de l'angine granuleuse sur la voix chantée. (Madrid, 1884.)

Geier (A.). — Contribution à l'étude de l'action du chlorhydrate de cocaïne sur la muqueuse du palais, du pharynx et du larynx. (*Clinique Jurasz à Heidelberg*). (*Berl. Klin. Wochenschr.* N° 58. 1884.)

Lincoln. — Fibro-sarcome naso-pharyngien. (*N.-Y. Med. Journal*, 1er novembre 1884.)

Lublinski. — De l'action du chlorhydrate de cocaïne sur la muqueuse du pharynx, du nez et du larynx. (*Werein. f. innere Medecin. i. Berlin*, séance du 1er décembre 1884.)

Mandillon. — Angine scarlatineuse pseudo-diphtéritique secondaire, coïncidant avec des troubles urémiques graves et une éruption pemphigoïde généralisée. (*Journ. de Méd. de Bordeaux.* N° 18, 30 novembre 1884).

Masini (Orig.). — Sur la guérison de quelques maladies de la gorge. (Gênes, 1884.)

Schech (Ph.). — Les maladies de la cavité buccale du pharynx et du nez, etc. (*Wien. 1885, Toeplitz et Deuticke*, libr. édit.)

Trélat (U.). — Sur la valeur des opérations plastiques sur le palais et sur la détermination de l'âge auquel il convient de les pratiquer. (*La Tribune Méd.* N° 854, 28 décembre 1884.)

Nez.

Bonty. — Contribution à l'étude de l'épistaxis. (*Thèse de Montpellier*, 1884.)

Bresgen. — Contribution au traitement galvanocaustique de la muqueuse pituitaire hypertrophiée. (*Deutsche. Med. Wochenschrift.* Nos 30 et 37, 1884.)

Czarda. — Des corps étrangers du nez et des concrétions calcaires. (*Gazette Méd. de Paris.* N° 49, 6 décembre 1884.)

Glasmacher. — Formation de boules osseuses dans le nez. (*Berl. Klin Wochenschr.* N° 37, 1884.)

Jurasz (A.). — De la périchondrite séreuse de la cloison du nez. (*Deutsche Med. Wochenschr.* N° 50, 1884.)

Lowenberg. — La nature et le traitement de l'ozène (Communication faite au Congrès otologique international de Bâle. Septembre 1884, *Deutsch. Med. Wochenschr.* N° 1, 1er janvier 1885.)

Roth (W.). — Du diagnostic et de la thérapeutique des névroses réflexes occasionnées par les maladies du nez. (*Société des médecins à Vienne.* Séance du 21 décembre 1884.)

Schech (Ph.). — Les névroses réflexes et leurs relations avec les maladies du nez et du pharynx. (*Aerztl. Int. Bl.* N° 30, 1884.)

Seifert (O.). — De l'action du chlorhydrate de cocaïne sur la muqueuse du nez, du pharynx et du larynx. (*Centralbl. f. Klin. Med.* N° 1, 3 janvier 1885.)

Larynx.

Ariza. — Eléments du diagnostic du cancer laryngien. (Madrid, 1884.)

Castagné. — Contribution à l'étude de la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. (*Thèse Paris*, 1884.)

Chapman. — Herpès du larynx. (*N. Y. Med. Journ.*, 18 octobre 1884.)

Chiari (O.). — Du tubage du larynx. (*Deutsche Med. Ztg.* Nos 98, 99, 100. 8, 11, 15 déc. 1884.)

Exner. — De l'innervation des muscles du larynx. (*Société des médecins à Vienne*, séance du 5 décembre 1884).

Ganghofner. — Du chlorhydrate de cocaïne comme anesthésique du larynx, du nez et du pharynx. (*Société des médecins allemands à Prague*, séance du 14 novembre 1884.)

Köbner. — La lèpre des organes respiratoires. (*Berl. Med. Gesellschaft*, séance du 10 décembre 1884.)

Masini (O.). — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la lèpre dans le larynx. (Florence, 1884.)

Romano Dott Clémente. — Sténose laryngée par lésion syphilitique tertiaire. (Naples, *Tip. dell' Acad. Real del. sc.*, 1884.)

Schroetter. — Du chlorydrate de cocaïne comme anesthésique du larynx. (*Allg. Wien, Med. Ztg.* N° 48, 25 novembre 1884.)

Wolff. — Un cas de thyréotomie faite à cause d'une occlusion du larynx consécutive à une blessure. (*Berl. Klin. Wochenschr.* N° 1, 5 janvier 1885.)

Trachée.

Bataille. — Ulcérations trachéales après la trachéotomie. (*Le Progrès Méd.* N° 48, 29 novembre 1884.)

Birnbaum. — De la statistique de la trachéotomie. (*Arch. f. Klin. Chir. Band* 31, *Heft.* 2.)

Wyeth (John A.). — Un cas de corps étranger dans les bronches, M.-D. (*In New-York Medical Journal.* 1er novembre 1884.)

Oreilles

Apolant (Ed.). — Cas d'affections cérébrales consécutives à l'otite moyenne. (*Berl. Klin. Wochenschr.* N° 42, 1884.)

Ariza (A.). — Des otites moyennes suppurées et de leur traitement. (Madrid, 1884.)

Bartsch. — Un cas de périchondrite auriculaire. (*Monatsschr. f. Ohrenh., etc.* N° 12, décembre 1884.)

Bechterew. — De la relation qui existe entre les organes périphériques de l'équilibration et le cervelet. Expériences faites avec la section des pédoncules cérébelleux. (*Pflugers Arch. f. d. ges. Physiol. XXXV Band, Heft.*, 7, 8.)

Bezold.— Rapport total sur les malades atteints de l'oreille qui ont été traités depuis 1881-1883 inclusiv. (*Archiv. f. Ohrenh. Band XXI, Heft.* 4, 1884.)

Blau. — Deux affections rares de l'oreille externe. (*Berl. Klin. Wochenschr.* N° 33, 1884.)

Dahl. — L'organe auditif et olfactif des araignées. (*Arch. f. mikr. Anat. XXIV Band).*

Eitelberg. — Traitement de l'otorrhée avec une solution de sublimé corrosif. (*Wien. Med. Presse*, 1884. N° 33.)

Ferreri. — Méthode pour ouvrir l'apophyse mastoïde (*Revue synthétique. — In la spirimentale fasc. II.* — Novembre 1881.)

Gruber. — Nécrose dans l'organe de l'ouïe. (*Société des médecins à Vienne*, séance du 28 novembre 1884.)

Gruber. — Des hémorrhagies de l'oreille. (*Allg. Med. Ztg.* N° 1, 6 janvier 1885).

Haupt. — La perception des sons à l'auscultation. *Aerztl. Int. Bl.* N° 36, 1884.)

Hermet. — De la surdité dans le tabes syphilitique. (*Union Méd.* N° 86, 1884.)

Jacobson. — Rapport sur les malades traités à la clinique otiatrique de la Faculté de Berlin depuis le 1er avril 1881 jusqu'au 1er avril 1884. (*Archiv. f. Ohrenh. Band XXI, Heft.* 4, 1884.)

Kirchner. — Des maladies de l'oreille chez les diabétiques. (*Monatsschr. f. Ohrenh., etc.* N° 12, décembre 1884.)

Lemonnier. — Fracture du rocher suivie d'hémiplégie droite, d'atrophie rapide du testicule et du membre supérieur droit. (*France Méd.*, 25 décembre 1884.)

Lowenberg. — Une méthode nouvelle pour localiser le procédé de Politzer sur l'oreille. (*Berl. Klin. Wochenschr.* N° 37, 1884.)

Nathan (I.-S.) — De l'apparition des bacilles de la tuberculose dans les otorrhées. (*Deutsche Archiv. f. Klin. Medicin. XXXV Band, Heft. 5.*)

Wagenhäuser. — Rapport sur les cas observés à la poli-clinique des maladies de l'oreille à Tübingen depuis le 1er avril 1883 jusqu'au 1er avril 1884. (*Archiv. f. Ohrenh. Band XXI, Heft.* 4, 1884.)

X... — Concrétions du conduit auditif externe. (*Boston Med. et Surg. Journ.* 21 août 1884).

Zaufal. — Un cas d'otite moyenne purulente compliquée de thrombose du sinus. (*Société des médecins allemands à Prague*, séance du 14 novembre 1884.)

Zaufal. — De l'emploi de la cocaïne dans l'otologie. (*Société des médecins allemands à Prague*, séance du 14 novembre 1884.)

Varia.

Amory (Thomas). — Deux cas de tuberculose buccale (*Cases of buccal tuberculosis*). Note lue à la Société laryngologique américaine, le 14 mai 1884, et reproduite. (*In the New-York Medical Journal*, 8 novembre 1884.)

Baruc (Simon). — De la trachéotomie dans le croup et dans la diphtérie. (*The Med. Rec. N.-Y.*, 15 novembre 1884.)

Begoune (A.). — Les vaisseaux des goitres surtout des goitres kystiques. (*Deutsche Ztschf. f. Chir. XX*, pag. 258.)

Boeckel. — Goître sarcomateux énorme. (*Gazette des Hôp.* N° 138, 29 novembre 1884.)

Bosworth. — Nouvel emploi thérapeutique de la cocaïne. (*The Med. Rec. N.-Y.*, 15 novembre 1884.)

Boyer. — Etude sur la thyroïdectomie (*Thèse de Lyon*, J. Gallet, impr., 1884.)

Campana. Cas de lèpre où la langue a été envahie. (*Giorn. Ital. Demal. vener. e del. pelle.*, fasc. 5., an VII.)

Clemens (Th.). — Du traitement électrique de la diphtérie. (*Allg. Medic. Central. Ztg.* N° 1, 3 janvier 1885.)

Dreyfuss-Brissac. — De quelques travaux récents relatifs aux oreillons. (*Gaz. hebdom. de Méd.*, 25 juillet 1884.)

Edin. — Excision de la joue inférieure pour extraire un épulis à myéloplaxe, récidive. (*The Lancet.* 27 décembre 1884.)

Frederico-Gomez de la Mata. — Traitement du croup et de l'angine diphtérique. Etude sur les affections diphtériques en général et en particulier sur le croup et l'angine avec un formulaire des substances les plus recommandées pour combattre cette affection. (*Madrid*, 1884.)

Goodwillie. — De l'autre d'hygmore et de quelques-unes de ses maladies. (*Med. News.*, 20 septembre 1884.)

Hastley (Victor). — De la glande thyroïde et de ses rapports avec la pathologie du myxæchime et du cutrusiome; avec l'opération chirurgicale du goître, et la nutrition générale du corps humain. (*Med, Times and Gaz.*, 20 décembre 1884, p. 847).

Hepburn. — Quelques notes sur le chlorhydrate de cocaïne. (*The Med. Rec. N.-Y.*, 15 novembre 1884.)

Jennings. — De la trachéotomie dans le croup. (*Arch. of. Pediat.* Septembre 1884).

Laborde. — De l'action physiologique de la cocaïne. (*La Tribune Méd.* N° 850, 30 novembre 1884.)

May (F.). — Une cause rare de paralysie périphérique du facial. (*Aerztl. Int. Bl.* N° 31, 1884.)

Morgan. — Des kystes du cou. (*Med. Times and Gaz.* 27 décembre 1884).

Rendu (M.). — Prophylaxie et traitement médical de la dipthérie. (*Gazette des Hôp.* N° 143, 11 décembre 1884).

Renou. — Traitement de la diphtérie par l'inhalation de vapeurs antiseptiques. (*Gazette des Hôp.* N° 141, 6 décembre 1884.)

Rockwell. — Extirpation de la glande thyroïde suivie de succès. (*N.-Y. Med. Journ.*, 1884.)

Schwarz. — Deux observations thyroïdectomie. (*Société de Chir. à Paris*, séance du 12 novembre 1884.)

Sée (G.). — Séméiologie et diagnostic de la grippe. (*La France Méd.* Nos 138, 139, 140, 27 et 29 novembre 1884.)

Seitzer (F.) — Un cas d'hémiatrophie de la face. (*Wien. Med. Blatter.* N° 1, 1er janvier 1885.)

Simon (Jules). — Sur quelques points du diagnostic et du traitement de la diphtérie. (*Journ. de Méd. et de Chir. pratiq.*)

Solis-Cohen. — Discussion sur le croup. (*Philadelph. County Med. Soc. et Philadelph. Med. Times.*, 13 décembre 1884.)

Stohr. — Des amygdales et des glandes sébacées. (*Virchow's Arch. Band.* 97, *Heft.* 2.)

Thiroux (H.). — Contribution à la thérapeutique du goître; traitement par l'iodoforme. (*Thèse de Paris*, 3 juillet 1884.)

Weiss (A.), — Une nouvelle méthode pour guérir le goître. (*Berl. Klin. Wochenschr.* N° 2, 12 janvier 1885.)

Wogle (John). — Note sur l'opération de la trachéotomie dans la diphtérie ou le croup. (*The Lancet*, 9 novembre 1884.)

Bordeaux. — Impr. Nouv. A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, in-8, 16 pages .... 1 »

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*, in 8°, 15 pages avec figures en noir.. fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic*, in-8°, 108 pages avec des figures en noir.................... fr. 3 50

J. Baratoux. — *De l'Électrolyse ou de la Galvanocaustique de la Trompe d'Eustache*, in-8° 12 pages.. fr. » 75

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaire, lingual et pharyngien*, in-8, 5 pages.. » 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix*, in 8°, 16 pages.................... fr. 1 25

Délie, d'Ypres. — *Hoquet et spasmes pharyngo-laryngés*, in-8°, 24 pages............ 1 50

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille*, in-8°, 24 pages.. 1 50

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx*, 22 pages avec des figures en noir.. fr. 1 25

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, in 8°... fr. 1 25

H. Guinier. — *Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx*, in-8, 17 pages... fr. 1 25

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier*, in-8°, 18 pages................................ fr. 1 25

Th. Hering. — *De l'emploi de l'Acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx*, in-8°, 20 pages..................... fr. 1 25

Th. Hering. — *Des corps étrangers égarés dans le larynx et l'œsophage* in-8° 16 pages.fr. 1 25

Joal. — *De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie*, in-8°, 40 pages.. fr. 1 50

Joal. — *Etude sur les fluxions de la muqueuse laryngée*, in-8° 40 pages....... fr. 1 75

E. J. Moure. — *Étude sur les Kystes du Larynx*, grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte....................................... fr. 3 50

E. J. Moure. — *Recueil clinique sur les Maladies du Larynx*, grand in-8° de 108 pages, avec figures en noir dans le texte.......................... fr. 3 50

E. J. Moure et J. Baratoux. — *De l'emploi* du *Chlorhydrate de cocaïne*, in-8°, 8 pages.. » 50

Schiffers. — *Contribution à l'étude du Cancer du larynx*. In-8° 20 pages. 1 25

Pour recevoir l'un de ces ouvrages il suffit d'en adresser le montant au Bureau de la REVUE ou à l'Éditeur.

SOMMAIRE

N° 3. — Mars 1885.

Travaux originaux

Sociétés savantes

Revue générale, Analyses

6e Année. N° 3. 1er Mars 1885.

BLESSURE DE L'APOPHYSE MASTOIDE PAR COUP D'ARME A FEU TIRÉ DANS LE CONDUIT AUDITIF

Par le Dr Garrigou-Désarènes (1).

Les blessures de l'apophyse mastoïde par les armes à feu sont fréquentes en temps de guerre. Larrey, Dupuytren, en citent de nombreux exemples. Il nous a été donné d'en observer un cas dû à une tentative de suicide. En présentant cette observation, nous indiquerons combien il est parfois difficile et même impossible de connaître le chemin suivi par la balle et de porter un pronostic assuré sur les suites de la blessure.

Si la recherche immédiate du projectile est quelquefois indiquée, l'expectation s'impose souvent en raison de la difficulté et des dangers des manœuvres exploratrices : n'a-t-on pas à redouter les hémorrhagies, le déplacement d'esquilles pouvant blesser le sinus latéral, les méninges, le cervelet et le cerveau ? Ces recherches, dont le résultat est souvent problématique, doivent être faites avec une prudence extrême, surtout en l'absence de symptômes graves : convulsions, coma, etc. Nous pensons bien que la sortie du corps étranger le plus promptement possible, soit ce qu'on doit souhaiter, que la guérison peut être obtenue et l'élimination avoir lieu par l'expectation et certaines précautions que nous allons indiquer.

La *Revue des Sciences médicales*, 1880, page 666, tome XV, relate en ces termes les conclusions d'une communication faite à la Société de Chirurgie par M. le Dr Terrillon. (Société de Chirurgie, page 909, 1878.)

Les principaux faits sont les suivants :

1° Malgré l'absence d'accidents cérébraux le chirurgien n'a pas hésité à pratiquer l'ablation du projectile, la pré-

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 26 décembre 1884.

sence d'une fistule permanente et *fétide* constituant le meilleur signe pour le pronostic. Toutes les observations indiquent en effet que la présence d'un projectile dans l'épaisseur du rocher entretenant une fistule permanente est une cause de mort (Méningite, abcès du cerveau, etc.).

D'autre part, l'ablation du projectile pratiquée avant l'apparition des phénomènes généraux a presque toujours réussi.

2° Le long temps écoulé depuis l'accident n'était pas une contre-indication, car les accidents mortels ont pu survenir une année après l'entrée du projectile;

3° On ne trouve pas dans les observations une aussi grande profondeur pour le siège du projectile, au moins par les balles (2 centimètres et demi à partir de l'orifice de la fistule, 12 millimètres à partir de la surface osseuse). On pouvait craindre de perforer le crâne, d'atteindre la dure-mère ou un des sinus en allant à sa recherche;

4° L'auteur fait remarquer combien l'instrument de M. Trouvé, dont il s'est heureusement servi, est utile dans ces cas pour reconnaître exactement la direction et la profondeur de la balle.

M. Léon Boullet, dans sa thèse *sur les plaies et fractures de la portion mastoïdienne du temporal* (1878), conclut à l'intervention chirurgicale immédiate. Nous lisons dans son intéressant travail (page 56):

« Une fois la présence des corps étrangers reconnue, il faut procéder à leur extraction; quelquefois la suppuration suffit pour les éliminer comme dans le cas du général Lannes, rapporté par Larrey. Mais ces cas sont les exceptions et ne se montrent que quand la balle est à peine enchâssée dans le tissu osseux. Dans le cas contraire, le même phénomène pourrait encore se produire, mais ce serait au prix d'une suppuration de très longue durée et qui pourrait amener pendant son cours des accidents graves; aussi faut-il ne pas hésiter et procéder à leur extraction. »

Nous trouvons dans le travail de M. Boullet une intéressante observation de Larrey, *Mémoire de chirurgie militaire*, tome III, page 310.

Nous citons cette observation parce que la mort arrive après la cicatrisation de l'orifice externe de la plaie et nous avons à revenir sur ce point important dans notre observation personnelle.

Obs. — Un grenadier à pied reçut une balle dans la tempe gauche, au niveau du pavillon de l'oreille. Ce projectile avait labouré profondément derrière cette partie le muscle temporal. Il s'était arrêté à la base de l'apophyse mastoïde du même côté. Dans les premiers moments, on ne reconnut point la présence du corps étranger et cette blessure très légère en apparence fut pansée simplement; en effet elle se cicatrisa promptement, et le quinzième jour, ce militaire, qui se croyait guéri, demanda son exéat. Au moment où il allait sortir de l'hôpital il fut surpris par des vertiges, des pesanteurs et des douleurs lancinantes à la tête, l'infirmier fut obligé de le faire recoucher.

Le lendemain matin, à ma visite, j'explorai avec soin toute la tête du grenadier et j'aperçus vers la base de l'apophyse mastoïde et derrière l'oreille, une petite tumeur rouge avec un point de fluctuation au centre. Une simple incision faite avec le bistouri nous fit découvrir la balle profondément incrustée sur la base de cette iminence, j'en fis l'extraction et la plaie qui résulta de cette opération fut pansée méthodiquement; le blessé éprouva un soulagement momentané; cependant les accidents d'une altération du cerveau se renouvelèrent et allèrent en augmentant. Une fièvre comateuse se déclara et le malade mourut dans l'assoupissement léthargique, après avoir été frappé d'hémiplégie du côté droit.

A l'ouverture du crâne, que nous fîmes le lendemain, nous découvrîmes une fracture à l'éminence déjà citée qui traversait la base du rocher et s'étendait vers l'os sphénoïde.

Il y avait carie aux cellules de cette apophyse, un point de suppuration dans le lobe correspondant du cerveau,

enfin un épanchement purulent dans la face moyenne de la base du crâne.

Ce que nous voulons démontrer, en relatant l'observation personnelle qui suit, c'est, en plus du danger des recherches dans certains cas, l'importance excessive du traitement de l'orifice externe du trajet de la balle. On voit dans l'observation de Larrey que la rétension du pus est la cause principale de la terminaison fatale; le corps étranger était relativement superficiel puisqu'une simple incision a pu le faire découvrir.

Dans l'observation qui précède on a trouvé du pus en quantité. On peut donc attribuer, dans ce cas, la mort à la collection purulente qui existait. Tous ceux qui ont fait des trépanations de l'apophyse mastoïde savent quelle quantité considérable de pus on trouve parfois dans les parties profondes, même en l'absence d'empâtement de la région mastoïdienne.

M. Alb. Brochin (Thèse inaugurale, Paris, 1874, page 425), cite le cas d'un malade qui avait reçu un coup de stylet dans l'apophyse mastoïde; la pointe du stylet s'était cassée dans la plaie et celle-ci était presque cicatrisée; il n'y avait pas eu d'accident grave, mais il existait une suppuration abondante de l'oreille. Trois mois après ce malade fut amené à ma consultation pour l'otorrhée qui persistait malgré tous les traitements. Nous fîmes avec M. le Dr Péan la trépanation de l'apophyse mastoïde. La pointe d'acier fut enlevée et deux mois après l'opération l'écoulement avait cessé.

L'absence d'accidents graves est due dans ce cas à la route que le pus avait trouvée et à la facilité avec laquelle il s'écoulait à l'extérieur. J'arrive maintenant à mon observation qui a confirmé mon opinion sur la conduite à tenir en présence de certains corps étrangers de cette région.

Obs. I. — M. X..., âgé de trente-cinq ans, bonne constitution. Pendant la guerre, à la suite d'une chute sur une

pierre, tout le côté droit de la tête ayant été contusionné, cet homme fut pris d'un écoulement purulent de l'oreille droite, accompagné souvent de douleurs dans tout le côté correspondant du crâne, et même de la joue et de la mâchoire.

Il vint me consulter dans les premiers jours du mois d'août 1883, je constatai qu'il existait une otite moyenne suppurée avec large destruction du tympan ; le marteau était fortement porté en dedans et en haut, et l'audition à la montre n'avait lieu qu'au contact.

Je prescrivis à ce malade des lavages avec l'eau boratée et des instillations d'une solution, à 3 p. 100, d'acide borique. L'otorrhée diminua assez promptement et finit, au bout de deux mois, par cesser presque complètement ; les douleurs avaient disparu et ce malade pouvait se considérer comme guéri. L'ouverture tympanique persistait.

Le 28 novembre de la même année, je rentrai chez moi vers les dix heures du soir et l'on me dit que l'on était venu me demander, il y avait une heure, pour M. X... qui était au plus mal. Cet homme habite dans mon voisinage : je me rendis de suite auprès de lui. Il était couché la tête enveloppée de linges trempés par le sang qui sortait par l'oreille où l'on avait introduit un peu de charpie imbibée d'eau froide pour modérer l'hémorrhagie, mais le malade mouchait et crachait du sang à chaque moment.

La figure avait une expression d'angoisse, qui faisait place par instants à une sorte de stupeur. Il ne répondait pas aux questions qu'on lui adressait. J'appris par sa femme que, dans un moment de désespoir, causé par une forte perte d'argent, il était descendu dans le sous-sol et que là, il avait placé le canon d'un revolver de 7 millimètres près de l'entrée du conduit auditif, et qu'il s'était tiré une balle dans l'oreille.

J'enlevai la charpie ; du sang s'écoula de nouveau en abondance. La quantité de ce liquide perdu depuis l'accident fut évaluée par sa femme et une autre personne présente, à plus de deux grands verres. Je vis, en effet, beaucoup de linge ensanglanté. J'éclairai avec soin le conduit

auditif et j'aperçus l'ouverture externe du trajet de la balle, à la réunion de la conque de l'oreille avec le conduit auditif osseux, en arrière et un peu en haut. Le sang sortait goutte à goutte par ce trou, mais provenait surtout du fond de l'oreille par l'ouverture du tympan.

Je pratiquai de suite de petites injections froides poussées très doucement dans l'oreille avec de l'eau hémostatique de Brocchieri, qu'on se procura immédiatement, chez un pharmacien demeurant en face.

Je bouchai l'orifice de la blessure avec un tampon de charpie imbibée de ce liquide et je tamponnai le fond du conduit auditif avec un chapelet de boulettes de charpie humectées de la même façon. Je fis mettre des compresses trempées dans l'eau froide sur l'apophyse mastoïde et autour de l'oreille.

L'écoulement sanguin s'arrêta. Le lendemain, le malade fut pris d'un petit mouvement fébrile. J'enlevai les tampons et je fis des injection avec l'eau de Brocchieri. Le blessé avait repris complètement connaissance, mais était très abattu. Il continuait à s'écouler de la sérosité sanguinolente, mais l'hémorrhagie ne reparut plus. Je songeai alors à faire quelques injections avec douceur dans le trajet suivi par la balle, mais avant j'introduisis, avec les plus grandes précautions, un stylet boutonné. Celui-ci pénétra facilement en avant à peu près parallèlement au conduit auditif, à une profondeur, y compris les tissus de la conque, de 2 cent. 3 millim. Cette investigation ne me donna aucun résultat sur la situation du projectile. Il sortit un peu de sang après cette exploration.

Je fis mon injection toujours avec le même liquide, et celui-ci ressortit en partie par le trou que j'avais garde de fermer complètement avec la canule de ma poire, et aussi par l'ouverture tympanique.

Les jours suivants, du pus commença à. s'écouler par l'oreille. La fièvre diminua, mais le malade était toujours très prostré.

Le huitième jour, ne voyant survenir aucun accident cérébral, j'ordonnai de maintenir bien ouvert l'orifice d'entrée

de la balle et j'y fis même placer un peu de laminaria.

Le vingtième jour, supposant que le projectile n'avait pas fracturé ni dépassé la face interne de l'apophyse mastoïde ou du rocher, je me proposai de bien constater sa position à l'aide de l'instrument si ingénieux de M. Trouvé. En présence de ce dernier, j'explorai avec son cherche-balle électrique le trajet, mais sans aucun succès. J'arrivais à une profondeur de 2 centimètres et 3 à 4 millimètres. Mais la tige de l'instrument offrant une certaine rigidité, il était évident pour moi que la balle ayant fait quelque ricochet se dérobait et ne pouvait être touchée par les fils conducteurs. Le malade se plaignait, pendant cet examen, de beaucoup souffrir.

J'instituai alors, comme traitement définitif, des injections répétées quatre fois par jour, avec de l'eau alcoolisée, et je plaçai à trois reprises différentes de petites tiges de laminaire d'un centimètre de longueur à l'entrée de la blessure. Le malade se remettait, ne souffrait nullement et accusait la présence d'un peu de pus dans le liquide sorti par la déchirure tympanique.

Le 10 mai 1881, le malade vint me trouver, me disant qu'il sentait quelque chose de dur au fond de l'oreille, et que le liquide de son injection sortait moins facilement. J'éclairai le fond du conduit auditif, et je reconnus et retirai de suite un morceau de plomb allongé et tordu sur lui-même pesant 4 grammes. Une petite esquille s'y trouvait implantée. La balle avait séjourné dans les cellules mastoïdiennes cinq mois et quelques jours.

A partir de ce moment, je laissai fermer la fistule: je repris les instillations avec l'acide borique en solution, et le malade, que j'ai revu ces jours-ci, va complètement bien.

Mentionnons, en terminant, les douleurs assez vives que le malade a éprouvées, à plusieurs reprises, dans la région pharyngienne, avant l'extraction du projectile.

Dans cette observation, vous pouvez voir que la grande quantité de sang perdu par l'oreille, pouvait, dès le principe, faire craindre une pénétration de la balle dans le crâne et une blessure du sinus latéral ou des vaisseaux du

rocher, mais nous savons que les blessures de l'apophyse mastoïde peuvent entraîner une otorrhagie abondante, tels sont les cas de MM. Panas, Venarder Lœch, cités par M. Léon Boullet dans sa thèse.

Le blessé avait été monté dans sa chambre à l'entresol avec beaucoup de difficultés. Il présentait, quand je le vis, des symptômes de commotion cérébrale légère.

Il n'y avait aucune paralysie; je m'en assurai de suite.

La présence du projectile est surtout à craindre par la suppuration et la carie qui peuvent facilement provoquer des abcès de voisinage.

Il était impossible, dans ce cas-ci, ne pouvant préciser la position exacte de la balle, de se livrer à une opération pour aller à sa recherche. J'avais pensé à employer le liquide suivant, utile pour déceler la présence du métal, quand le doute existe.

J.-R. Ohler (*Maryland acad. of Sciences*, 1876; Schmidt S. Johr 1877) donne ce procédé:

Lorsque la plaie est nettoyée, on la lave avec une solution d'acide nitrique (eau, 1 drachme pour 5 à 15 gouttes d'acide).

Le liquide du lavage est recueilli dans une capsule de porcelaine blonde, un cristal d'iodure de potassium donne un précipité jaune d'iodure de plomb; mais la direction du trajet ne me laissait aucun doute à ce sujet.

En instituant ce traitement par les injections répétées, je profitais de l'ancienne ouverture tympanique; le liquide passait là comme dans la trépanation de l'apophyse, opération que j'ai pratiquée un grand nombre de fois et dont j'ai retiré des résultats excellents.

Je faisais faire, tantôt l'injection par le conduit auditif, tantôt par la blessure, que je maintenais toujours bien béante, espérant, ce qui arriva, que la balle se présenterait à l'une ou l'autre de ces ouvertures.

Si le blessé n'avait pas eu une otorrhée antérieure, il est probable que le sang qui se serait écoulé des cellules mastoïdiennes dans la caisse, aurait provoqué une déchirure du

tympan, et dans ce cas, le parti, suivant moi, le plus sage, aurait été de maintenir libres ces ouvertures et de procéder à l'aide des injections comme je l'ai fait.

ANASTOMOSES DES NERFS LARYNGÉS

Par le Dr MOURA-BOUROUILLOU (1).

Tous mes confrères et collègues de la Société savent que le larynx doit la sensibilité et le mouvement à deux nerfs qui entrent dans cet organe, l'un par en haut, l'autre par en bas. Ces deux nerfs, appelés laryngé supérieur ou descendant et laryngé inférieur ou ascendant, sont fournis par la 10e paire ou pneumo-gastrique longtemps désigné sous le nom de nerf *vague*.

Les physiologistes ayant découvert que ce pneumogastrique était un nerf de la sensibilité, ont voulu savoir d'où venaient les propriétés motrices de plusieurs de ses divisions. Ils ont reconnu que la 11e paire, dite nerf spinal, se conduisait en bonne sœur et consentait à partager avec son aînée, la 10e, l'autorité motrice à elle dévolue par mère Nature, suivant l'expression antique des poètes.

Le spinal envoie donc sa branche interne au ganglion plexiforme du pneumo-gastrique et lui permet ainsi d'alimenter ses branches motrices, destinées à l'organe de la voix, savoir : le laryngé inférieur ou récurrent, le rameau externe du laryngé inférieur et le laryngé médian qui provient, selon le docteur Exner, du nerf pharyngien.

Vous connaissez tous aussi, Messieurs, l'antique et célèbre anastomose signalée, dès le deuxième siècle, par le grand anatomiste de Pergame, Galenus, plus connu sous son nom francisé.

Galien avait, en effet, reconnu que parmi les divisions

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 26 décembre 1884.

œsophagiennes nées du récurrent, l'une d'elles va presque toujours s'unir à l'une des ramifications du laryngé descendant et constituer l'anastomose Galénique ; elle est extrêmement nette, bien développée et double sur la pièce que j'ai l'honneur de mettre sous vos yeux.

Cette anastomose est ordinairement visible et fait saillie sous la muqueuse dans la région cricoïdienne, pour peu que le sujet soit maigre ou musclé ; elle simule une varice capillaire blanche; elle est parfois double et multiple, ainsi que je l'ai observé sur certains larynx.

Une autre anastomose, celle dont je veux vous parler, appartient à la terminaison directe du récurrent, laquelle s'unit à la branche du laryngé descendant destinée à la face externe de la muqueuse du vestibule. Elle est tellement rare ou difficile à mettre en lumière que, sur plus de cent larynx disséqués en vue de la découvrir, je ne l'ai bien reconnue que sur la pièce qui vous est soumise. C'est la moitié d'un larynx d'homme adulte, sauvée du vandalisme des curieux et des déménageurs de l'ancien Hôtel-Dieu. Le récurrent passe sur le ligament de l'articulation crico-aryténoïdienne, après avoir fourni le rameau du muscle crico-aryténoïdien postérieur, longe de bas en haut et d'arrière en avant la face externe du muscle crico-aryténoïdien latéral et va rejoindre le laryngé descendant au niveau du muscle thyréo-aryténoïdien externe. Les deux nerfs sont confondus en ce point et forment comme une petite tache blanche d'où partent en rayonnant les fibres de leur pinceau terminal.

Les auteurs, anatomistes et physiologistes, parlent vaguement de la communication des deux nerfs laryngés entre eux mais n'apportent aucune preuve directe et démonstrative de cette anastomose.

Ce fait, constaté, dans le laboratoire de l'ancien Hôtel-Dieu, placé sous la direction de M. le docteur Liouville, chef de clinique de Béhier (1875), me donna l'idée de traiter les parésies laryngées, les aphonies nerveuses autrement qu'on l'avait fait jusque-là. Au lieu de porter

l'un des deux réophores profondément sur les divers points du vestibule, dans l'intérieur comme à l'extérieur — application parfois très fatigante, très désagréable pour le malade, très incertaine et sans résultat le plus ordinairement, — je le place sur les côtés de la face linguale de l'épiglotte, près de l'entrée du nerf laryngé supérieur dans le larynx. Les deux ou trois premières applications suffisent pour obtenir le retour de la voix. En stimulant ce nerf, je provoque l'action réflexe et l'action directe en même temps, de telle sorte que les guérisons présentent quelque chose d'extraordinaire, de miraculeux par la promptitude du résultat.

Je pourrais vous donner ici plusieurs exemples des bons effets de cette manière de procéder. Je me contenterai de vous en citer deux ; ils seront bien suffisants.

Répertoire clinique du Dr Moura.

1,180e OBSERVATION. — *1er octobre 1878.* — Marie V..., 10 ans et demi, de Saint-Flour; constitution et antécédents bons. Angine dipthéritique à 8 ans 1/2. — Huit mois après, en mars 1877, accès nerveux suivi de toux laryngée ou laryngisme, suivant les renseignements fournis par M. le Dr B... En avril 1878, ayant bu un verre d'eau fraîche prise dans un puits, l'extinction de voix se produisit du soir au lendemain et rien n'a pu la faire cesser depuis. L'aphonie est complète; la voix ou parole est réduite au chuchotement; elle est labiale, silencieuse et pénible. La petite muette est essouflée dès qu'elle monte ou joue un peu vivement.

Phalaryngoscopie. — Le larynx est normal comme coloration, sauf un peu de rougeur au niveau des aryténoïdes.

L'épiglotte est fortement inclinée sur le vestibule. Au moment d'une forte inspiration, j'aperçois le bord blanc des ligaments vocaux, semblable à un petit cordon, atrophiés. Pendant les efforts d'émission, aucun son ne se fait entendre; l'épiglotte, au lieu de se redresser ou renverser en avant, bascule en arrière et tombe sur le larynx comme inerte, semblable en cela à l'épiglotte des chiens. Ce phénomène de la

chute de l'épiglotte se reproduit chaque fois que la petite malade essaie d'émettre un son. Je ne l'avais pas encore observé d'une façon aussi nette et aussi étendue.

Mon confrère, M. le docteur B..., en a été si surpris qu'il a voulu le constater trois fois de suite, afin de bien s'assurer de la réalité. Afin de l'édifier, je lui ai montré mon larynx et le redressement de l'épiglotte à l'état normal pendant l'émission du son de la voix.

Le passage des aliments ne présente rien de particulier; la fonction de la déglutition ou plutôt de la glutition des solides et des liquides est normale. La sensibilité du pharynx était nulle; le contact du laryngoscope n'a provoqué aucune sensation, malgré les appréhensions de mon confrère et de la mère de la malade, présente à l'examen. Quant aux traitements suivis, il est inutile de les rappeler; l'électricité avait été également essayée, mais en vain. De sorte que, conseillant à mon tour ce dernier moyen, l'incrédulité sur son action était complète et accompagnée d'un sourire de la part de mon voisin, M. le docteur B..., et de Mme Vermenouze. J'expliquai alors à mon confrère — je me propose de ne plus faire *cela à l'avenir* — le pourquoi de l'insuccès des applications de l'électricité, faites sans connaissances suffisantes :

— Etes-vous ici pour quelque temps? dis-je à Mme V...

— Pendant huit ou dix jours seulement.

— Eh bien! dans quarante-huit heures, votre enfant parlera, répondis-je à la mère, c'est-à-dire après la seconde ou troisième application.

1er octobre. — 1re application.

2 octobre. — Le laryngoscope montre que l'épiglotte ne tombe presque plus et que le larynx exécute des mouvements impossibles la veille. Quelques sons sont déjà sortis la veille au soir. Les lèvres vocales qui étaient immobiles, inertes, se rapprochent, M. le Dr B .., revenu pour assister à la seconde application, constate le changement qui s'est produit et ne doute plus du succès.

3 octobre. — Mme V... revient avec sa fille, sans être accompagnée de mon confrère. Elle m'apprend que sa fille

parle très bien depuis hier soir; celle-ci en sortant de ma consultation, et arrivée au boulevard des Italiens, s'est mise à appeler sa mère tout à coup et Mme V..., ne pouvant maîtriser son émotion bien naturelle, prend sa fille et l'embrasse toute joyeuse et vivement surprise.

La petite aphone m'a alors avoué qu'elle aurait pu parler et répondre à mes questions si je l'avais interrogée après la seconde application de l'électricité. Ne l'ayant pas questionnée, elle avait gardé sa voix et la parole malicieusement pour ne les faire entendre que dix minutes après sur le boulevard.

Le reste de l'observation ne présente plus d'intérêt au point de vue des quatre ou cinq applications supplémentaires faites pour maintenir et consolider la guérison qui ne s'est pas démentie depuis. Huit jours après, madame V... rentrait à Saint-Flour avec sa fille guérie.

1,460e Observation. — *Jeudi, 8 novembre 1883.* — Madame M.. habite près de Vendôme, dans l'Eure-et-Loir. Constitution anémique, tempérament nerveux, santé bonne, malgré un peu de toux, de l'expectoration et une voix presque entièrement perdue. Le sommeil est bon, ainsi que l'appétit. Le matin principalement, Mme M... tousse et crache un peu; son aphonie est plus complète que dans le courant de la journée. Il y a quatre ans, la malade fut atteinte d'une pneumonie aiguë qui dura cinq à six mois

Enfin il y a sept mois, cinq mois avant d'accoucher de sa fille, sa voix d'abord voilée s'est enrouée tout à fait et n'est jamais revenue.

L'examen laryngoscopique fait constater ce qui suit: 1° les lèvres vocales sont blanches; 2° le mouvement de redressement de l'épiglotte est impossible; 3° une absence de tout son aigu; 4° une émission des notes basses difficile; 5° un rapprochement partiel seulement des lèvres vocales.

L'auscultation pulmonaire n'indique rien d'anormal des deux côtés.

Je n'ai pas besoin de dire que madame M... est une *poitri-*

naire pour tous les siens, parents et amis. Krishaber qui l'a soignée n'a pu rien changer à sa situation.

Traitement : Avant de soumettre la malade à l'action de l'électricité, je lui fais prendre de l'*élixir sédatif* bromuré pendant trois jours sans succès.

Le 10 novembre. — 1re application ; les 11, 12, 13, 14 et 15 novembre, cette application de l'électricité est renouvelée.

Dès la seconde application la voix est revenue en partie et le jour du départ de la malade, le 16 novembre, M. M .. et sa femme ne pouvant rester plus longtemps, elle était à peu près normale, comme avant sa grossesse.

Je recommande à madame M..., si elle ne veut pas compromettre ce qu'elle a gagné et si elle désire compléter la guérison, de suivre les prescriptions suivantes :

1° Une cuillère d'élixir sédatif tous les jours pendant un mois ; 2° friction de teinture d'iode au devant du larynx et à la nuque alternativement deux fois par semaine seulement ; 3° boissons chaudes et toilette à l'eau chaude tous les matins ; 4° se garantir contre le froid aux pieds, les brouillards du soir et du matin, l'humidité, etc. ; 5° une alimentation variée, fréquente, plutôt qu'abondante.

DE LA COCAINE

Par les Drs J. Baratoux et E. J. Moure (1).

La coca ou le coca se retire de la feuille de l'erythroxylon coca : elle croît en Bolivie et au Pérou.

Depuis les temps les plus reculés, on sait que la coca, prise en petite quantité, augmente l'énergie nerveuse, excite les esprits et rend les Indiens capables de supporter le froid, les fatigues corporelles, la privation de nourriture, sans dangers et avec les apparences d'un bien-être évident (Smith (2) et Unanué (1794).

(1) Communication lue à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 26 décembre 1884.

(2) *Cowley's Works*, London, 1700.

Il n'y a pas encore trente ans que l'on est parvenu à extraire l'alcaloïde de la coca. Plusieurs auteurs s'en attribuent la découverte : Gardeke (1855) et Samuel Percy (1857), qui l'ont appelée erythroxyline, et Niemann (1859), qui lui a donné le nom de cocaïne.

Le 2 décembre 1857, Samuel R. Percy (1) présentait à l'Académie de médecine de New-York un scrupule (1 gr. 20) de cet alcaloïde qui, disait-il, avait la propriété d'émousser et même de paralyser la sensibilité de la langue.

Niemann, de Goslar, étudia cet alcaloïde et ses recherches, continuées par Lossen, eurent pour résultat de faire découvrir, par ce chimiste, une nouvelle base volatile, l'hygrine (1860). Vers la même époque, Woehler avait aussi pu extraire de la coca l'ecgonine.

En 1862, Schroff signalait à son tour, à la Société de médecine de Vienne, l'anesthésie de la muqueuse linguale par l'application locale de la cocaïne.

L'année suivante, Froumüller (2) et Ploss (3), démontrent les propriétés narcotiques de la cocaïne. Le premier de ces auteurs produisit le sommeil dans quatorze cas, avec une dose dépassant 0,25 centigrammes de ce produit. Ploss cite l'histoire d'un pharmacien, qui ayant avalé 1 gr. 10 de cocaïne, eut un sommeil de plusieurs heures; à son réveil, il accusa des douleurs abdominales aiguës, une sécheresse de la bouche, une soif vive et des vertiges, sans troubles de l'intelligence.

Les propriétés physiologiques de la coca ont été étudiées par un certain nombre d'auteurs : Mantegazza (1857), Gosse (1862), Demarle, Rossier, Moreno y Maïz (4),

(1) S. Percy. Notes lues devant l'Académie de médecine de New-York, les 4 novembre et 2 décembre 1857.

(2) Froumüller, *Prag. Vierterjahrsschr.* 1863, p. 79 - 109.

(3) Ploss, *Zeitschr. chir.*, 1863, p. 222.

(4) Moréno y Maïz, *Recherches chimiques et physiologiques sur l'erythroxylon coca du Pérou et la cocaïne.* Thèse Paris, 1868.

Gazeau (1), Jarchanoff (2), Nikolski (3), Danini (4), Bennet (5), Isaac Ott (6) et Robert Christison (7).

De ces différents travaux, et de ceux de Rabuteau (8), de Von Anrep (9), d'Husemann et d'Hilger (10), résulte que la cocaïne possède, entre autres propriétés, celle de paralyser les terminaisons nerveuses et d'abolir les réflexes. Elle paraît aussi avoir une action sur les canaux semi-circulaires et sur les centres psycho-moteurs ; elle produit du vertige, des troubles de l'équilibre et des mouvements de rotation avec dilatation des pupilles.

Outre ces auteurs, citons encore les noms du D[r] Scaglia (11), qui dit, d'après le D[r] Fauvel, que la coca en solution aqueuse ou alcoolique, enlève aux malades le sentiment d'ardeur et de cuisson qui est un des symptômes les plus fâcheux de l'angine granuleuse ; du D[r] du Cazal (12) qui, à propos d'un cas de granulie aiguë de la gorge, rapporté par le D[r] Millard, rappelle la propriété analgésique de la coca dans les douleurs des tuberculeux ; et du D[r] Coupard (13), qui conseille l'emploi d'une macération alcoolique de coca, dont on aurait évaporé l'alcool au bain-marie, pour badigeonner le pharynx dans les affections douloureuses chroniques et même subaiguës et pour toucher les ulcérations de la phtisie laryngée.

(1) Gazeau, *Nouvelles recherches expérimentales sur la pharmacologie, la physiologie et la thérapeutique de la coca.* Thèse Paris, 1870.

(2) Jarchanoff, *Cocaïne and abetes.* Petersburg. 1872.

(3) Nikolski, *Beitrag sur Cocaïn Wirkung auf den Thier organimus.* Petersburg, 1872.

(4) Danini, *Ueber physiolog. Wirkung. Ther. Anvendung des Cocaïns.* Charchow, 1873.

(5) Bennet, *Report in antagonism of Drugs,* 1875.

(6) Isaac Ott, *Med. Record,* 1876.

(7) Robert Christison, *Soc. Botan. d'Edimbourg,* 1876, 17 avril.

(8) Rabuteau, *Elém. de therap. et de pharmac.*

(9) Von Anrep, *Pflüger's Arch. des ges. Phys., Bd.* 21.

(10) Husemann et Hilger, *Die Pflanzenstoffe.* Berlin 1883.

(11) Scaglia, *La Coca. Gaz. des hôpitaux,* 12 mai 1877.

(12) *Société médic. des hôpitaux,* 12 novembre 1881.

(13) *Trib. méd.* 1881. 27 octobre 1884.

Comme on peut le voir, on n'avait pas pensé à utiliser les propriétés anesthésiques de la cocaïne. Il a fallu que le Dr Koller (1) vînt rappeler les propriétés si remarquables de ce médicament en oculistique pour que l'attention du monde médical se portât sur cet alcaloïde qui aujourd'hui a été essayé sur tous les organes.

Nous ne nous occuperons ici que de son emploi dans les maladies du pharynx, du larynx, du nez et des oreilles.

Disons d'abord qu'un certain nombre de travaux ont déjà paru sur ce sujet, tels que ceux de Jelinek, Schrötter, Störk, Semon, Knapp, Weber-Liel, John Roosa, Moure et Baratoux, etc.

Autrefois, pour anesthésier le larynx, on avait recours à la méthode de Turck, modifiée par Schrötter. La veille de l'opération on faisait douze badigeonnages chloroformés du larynx et une heure après, alors que la muqueuse était hyperémiée, douze autres badigeonnages avec une solution concentrée de morphine qui était alors facilement absorbée en raison de l'hyperémie de la muqueuse.

Aujourd'hui, on préfère le badigeonnage avec une solution glycérinée ou aqueuse de chlorhydrate de cocaïne au 1/20, au 1/10 et au 1/5 chez les personnes irritables, au lieu de la cocaïne qui a besoin, pour se dissoudre, d'être mélangée à une petite quantité d'alcool. Il est nécessaire de badigeonner non seulement le champ opératoire, mais encore toutes les parties du pharynx qui pourraient être touchées par les instruments.

Au bout d'une ou de deux minutes, on recherche si l'excitabilité est diminué ; si elle ne l'est pas suffisamment, on fait un deuxième badigeonnage; quelquefois l'on doit recommencer cette opération quatre ou cinq fois : on obtient alors une anesthésie qui dure de 5 à 10 minutes.

On peut alors enlever facilement soit un corps étranger

(1) Koller, Communication au Congrès d'Heidelberg, 15 septembre 1884.

soit un polype du pharynx ou du larynx. Nous avons ainsi retiré une arête de poisson située à la partie postéro-inférieure d'une amygdale hypertrophiée et un polype de la corde vocale gauche chez une femme dont les réflexes étaient très marquées, et il y a quelques jours un polype de l'extrémité de la luette chez un arthritique.

L'anesthésie produite par la cocaïne est aussi mise à profit par nous pour l'extraction des polypes du nez ou de l'oreille, de même que pour la galvano-caustique chimique de la trompe d'Eustache et du nez. Nous faisons un badigeonnage de ces parties avec une solution au $\frac{1}{10}$ et au $\frac{1}{5}$ avant d'appliquer l'électroïde sur la muqueuse.

Nous agissons ainsi lorsque nous cautérisons les polypes ou les végétations de ces muqueuses avec le crayon de nitrate d'argent ou les cristaux d'acide chromique, ou lorsque nous ouvrons les abcès du conduit. Le malade ne sent pas le coup de bistouri, ni même l'application locale d'alcool à 90° sur la partie sectionnée.

Il va sans dire que la cautérisation au galvano-cautère des amygdales, du pharynx, du nez et des oreilles étant précédée de badigeonnages de ces parties à la cocaïne nous donne l'avantage de diminuer et d'éviter la douleur au malade.

Dans quelques-unes de ces opérations, il est parfois utile de faire une nouvelle application de cocaïne quand on atteint les parties profondes.

Dans les cas de sensibilité exagérée de la muqueuse nasale qui rend le cathétérisme de la trompe d'Eustache difficile, nous employons les badigeonnages à la cocaïne.

Enfin, dans les opérations sur le tympan ou dans la caisse de l'oreille moyenne, on introduit le cathéter dans la trompe, puis on y fait passer la sonde fine de Weber-Liel dans laquelle on injecte quelques gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20 ou au 1/10; ensuite, on instille quelques gouttes de cette solution dans le conduit auditif externe ou mieux on badi-

geonne le tympan. L'on peut alors pratiquer l'incision de la membrane, etc... quelques minutes après le badigeonnage.

La cocaïne exerce aussi une action temporaire sur les sens du goût, de l'odorat et de l'ouïe qu'elle paraît abolir. Elle diminue notablement les bourdonnements.

Outre les propriétés anesthésiques de ce médicament, nous ne devons pas passer sous silence son heureuse influence sur le coryza aigu et l'otite aiguë, comme nous l'avons déjà publié. Nous ne saurions trop faire remarquer le bénéfice qu'on retire de la cocaïne en badigeonnage dans le nez au début du coryza. Aussitôt après avoir touché la muqueuse avec une solution au 1/5 ou au 1/10, le malade qui avait le nez enchifrené, sent la muqueuse se dégonfler au point de rendre la respiration normale par les fosses nasales. Nous avons déjà une quinzaine de faits à notre actif.

Il en est de même dans l'otite aiguë, ainsi que dans les affections analogues de pharynx et de larynx.

Lorsqu'on emploie cette solution dans le larynx, la plupart des malades éprouvent une sensation de constriction, de gonflement et de fraîcheur au niveau du vestibule laryngien, remarque qu'a aussi faite le Dr J. Bouvyer, de Cauterets; les mêmes effets se font sentir dans le nez et l'oreille.

Joohn Rosa a fait également usage de cocaïne dans une névralgie du tympan et la douleur disparut dix minutes après les instillations.

La cocaïne, ayant la propriété de diminuer les sécrétions, est utilisée avec succès dans les catarrhes du nez et de l'oreille avec hypersécrétion de la muqueuse. Dans un cas d'otite moyenne purulente chronique avec destruction de presque toute la membrane tympanique nous avoir vu et fait constater aux médecins qui suivaient notre clinique la diminution de la sécrétion après une instillation de solution de cocaïne au 1/100.

Dans un cas de cancer du larynx nous avons pu calmer

la douleur et diminuer la sécrétion par l'attouchement de l'ulcération avec une solution au 1/10.

Ce procédé, employé dans les cas d'ulcérations tuberculeuses ou de douleurs gênant la déglutition, donne un réel soulagement. Dans les affections douloureuses de la bouche ou du pharynx, on aura recours avec avantage aux pastilles de cocaïne.

Nous avons pu aussi calmer les douleurs occasionnées par une tumeur maligne du nez chez un homme qui, depuis six mois, n'avait pas éprouvé un seul moment de repos.

Il va de soi que dans des cas analogues de l'oreille, on obtiendrait un pareil résultat.

La cocaïne est donc destinée à jouer un rôle important dans la thérapeutique des maladies du larynx, de la gorge, du nez et des oreilles. Son action s'étend de même en oculistique, en gynécologie. Déjà l'on a obtenu l'anesthésie générale par les injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne; mais nous devons regretter que son prix s'élève de jour en jour J. Baratoux.

D'autre part, ajoute M. Moure, j'ai également employé le chlorhydrate de cocaïne pour enlever le pédicule d'un polype du larynx chez un malade déjà opéré sans l'aide de ce médicament. L'exiguïté de la tumeur et les contractions spasmodiques du larynx au moment de l'introduction de la pince rendaient l'extraction de la tumeur très difficile. Grâce à la cocaïne, j'ai pu aller assez lentement et très facilement saisir le néoplasme.

Étant donné que les badigeonnages faits sur une muqueuse produisent une anesthésie locale très prononcée, absolue même pendant quelques minutes, il est facile de comprendre tous les avantages qui résulteront de l'emploi de cette méthode. Cependant il est des cas, à mon avis, *où l'on devra user avec prudence de cette anesthésie* (Moure). Je veux parler des corps étrangers du larynx.

Dans ces cas, en effet, je ne suis pas un partisan de l'anesthésie laryngienne puisque, ainsi qu'on l'a déjà

fait remarquer, avec la sensibilité, les réflexes eux-mêmes sont abolis. C'est précisément de l'abolition de ces réflexes que peuvent surgir des accidents parfois plus graves que l'enclavement du corps étranger dans l'organe vocal.

Supposons, en effet, qu'un larynx dans lequel, ou à l'entrée duquel, est arrêté un corps étranger, soit devenu insensible par le fait de badigeonnage au chlorhydrate de cocaïne, ne pourra-t-il arriver que l'opérateur, au moment de saisir le corps étranger, pour un motif ou pour un autre, ne puisse le prendre convenablement et se borne à le déplacer? Alors les réflexes étant abolis, le corps du délit ne sera-t-il pas susceptible de tomber plus facilement dans la trachée et, par conséquent d'occasionner des accidents fort graves quelquefois ?

Les contractions réflexes des muscles du larynx, qui arrêtent en général le corps étranger dans cet organe, ou souvent même le repoussent au dehors, me paraissent un facteur important pour faciliter leur expulsion.

Il est bien entendu que si le malade supporte mal le miroir, si l'introduction de la pince ou des autres instruments est très difficile, comme il arrive parfois dans les cas de ce genre, l'on ne devra pas se priver des bienfaits de l'anesthésie produite par la cocaïne, mais l'on se bornera à rendre insensible le pharynx et l'entrée du larynx, sans chercher à anesthésier l'organe tout entier, précisément pour ne pas s'exposer à abolir des réflexes qui me paraissent jouer ici un rôle très important. Ces quelques réflexions ne sont point entièrement théoriques, car elles m'ont été suggérées par un fait assez intéressant qu'il est, je crois, utile de rapporter ici :

Observation. — *Une aiguille à l'entrée du larynx. — Extraction, après anesthésie préalable du pharynx et de la langue avec le chlorhydrate de cocaïne.*

Le 15 décembre de cette année, M. K..., jeune homme âgé de dix-neuf ans, terrassier, me fut envoyé des environs de

Bordeaux par mon confrère et ami le D[r] Castera (de Portets). En entrant dans mon cabinet, le malade me dit avoir avalé une aiguille le matin en mangeant (gloutonnement sans doute) de la soupe, et il se plaint de ressentir une piqûre violente augmentée par la pression et les mouvements de déglutition, ou les moindres contractions de la gorge. Il affirme, en outre, sentir avec le doigt profondément introduit dans l'arrière-gorge, l'aiguille qu'il a avalée. Mais comme il arrive parfois qu'une simple déchirure de la cavité pharyngo-laryngienne occasionne une sensation analogue à celle des corps étrangers, je pratique aussitôt l'examen laryngoscopique et je constate la réalité de l'assertion du malade.

En effet, j'aperçois au-dessus de l'épiglotte, couchée obliquement dans le sens transversal, une grosse aiguille à passer, toute rouillée, qui est implantée au niveau de la paroi externe droite du sinus pyriforme, vers la partie moyenne, et de là se dirige obliquement en haut et en dedans, au-dessus de l'opercule glottique qu'elle maintient à peu près tout à fait rabattu sur l'orifice du larynx.

Pendant ce simple examen, le malade a quelques hauts-le-corps, surtout au moment où il me voit saisir la pince laryngienne avec laquelle je me dispose à prendre le corps du délit. A chaque contraction de l'arrière-gorge, la pointe de l'aiguille, s'enfonçant davantage dans les tissus, fait éprouver des douleurs au malade non seulement du côté droit, mais aussi du côté opposé, que la tête de l'aiguille vient également piquer un peu.

Dès lors, je songe à employer la cocaïne et je fais un simple badigeonnage de l'arrière-gorge (voile du palais, pharynx, partie de la base de la langue sur laquelle glisse la pince. — Solution à 10 p. 100 g.). Dans une deuxième tentative d'extraction je saisis l'aiguille facilement, mais le malade éprouve une douleur assez violente pendant les mouvements faits avec la pince pour tâcher de mettre l'aiguille dans le sens antéro-postérieur ; et brusquement il rejette la tête en arrière, me forçant à abandonner le corps étranger que je n'avais pu parvenir à déplacer de sa position transversale.

Je fis alors un deuxième badigeonnage à la cocaïne et de nouveau je saisis l'aiguille dans les mors de ma pince, le plus près possible de son extrémité libre, c'est-à-dire du côté gauche, bien assuré, par le miroir dans lequel je m'étais guidé pour prendre le corps étranger, que l'aiguille seule était engagée dans les mors de la pince; je laissais le miroir que tenait ma main gauche pour introduire le doigt indicateur dans l'arrière-gorge au niveau du point d'implantation de l'aiguille et, tirant fortement en dehors avec la pince, je la retirai avec assez de peine.

J'avais recommandé au malade de toujours cracher sans jamais avaler, craignant, ce qui arriva, du reste, à savoir la cassure de l'aiguille. Je tenais, en effet, dans les mors de ma pince, la plus grande partie de cette dernière, 5 centimètres environ, dont au moins 12 à 15 millimètres avaient pénétré dans les tissus; mais l'extrémité opposée à la pointe était cassée, et le malade avait rejeté l'autre morceau au moment de l'extraction. Un examen minutieux de l'organe me permit ensuite de constater que l'épiglotte se relevait complètement sur la base de la langue; quelques gouttes de sang s'écoulaient de la piqûre faite par l'aiguille et le malade, bien entendu, éprouvait un soulagement considérable.

Je conseillai l'emploi d'un gargarisme émollient et j'ai appris depuis qu'il était complètement guéri.

L'exposé de ce fait intéressant d'abord à cause de la nature du corps étranger, et de sa position qui rendait son extraction difficile, vient, je crois, corroborer le fait dont je parlais au début de cette communication. En effet, si le larynx eût été anesthésié, le morceau d'aiguille qui n'était pas pris dans la pince, au lieu d'être rejeté par un effort d'expiration forcée, de toux, aurait très bien pu pénétrer dans les voies aériennes et occasionner des accidents forts graves. Or, ce qui est vrai dans ce cas, me paraît l'être encore davantage lorsqu'on a affaire à des corps étrangers plus volumineux, à surface lisse, unie, et se déplaçant facilement. Dr E. J. Moure.

DE LA COCAINE DANS LES AFFECTIONS DU LARYNX,

par le Dr J. Garel, médecin des hôpitaux de Lyon (1).

Depuis la découverte de Karl Köller sur l'action de la cocaïne, tous les laryngoscopistes ont voulu bénéficier des avantages de ce précieux anesthésique. En voyant la question portée à l'ordre du jour de la Société, j'ai cru bon de faire connaître les résultats que j'ai obtenus à Lyon.

Au moment où l'on commençait à parler de la cocaïne, j'avais entre les mains un malade fort indocile porteur de papillomes multiples du larynx siégeant sur la corde vocale gauche, sur la face interne de l'aryténoïde du même côté, et s'étendant également au-dessous de la corde à la muqueuse trachéale sur une assez large étendue. Après quelques séances, je n'avais rien pu extraire encore, le malade ne se prêtant nullement à l'introduction de la pince. Je me suis servi alors du chlorhydrate de coéaïne à 5 et 10 0[0 et, dès la première séance, j'ai pu enlever des fragments assez importants de la tumeur. Depuis cette première séance, toutes les autres furent couronnées de succès. Néanmoins la tumeur avait une telle étendue que je n'ai pu faire qu'une opération palliative, me réservant d'y revenir après examen microscopique des fragments enlevés. C'est là un premier résultat à l'actif de la cocaïne.

Quelques jours après, j'ai pratiqué également l'excision d'un kyste de trois millimètres de diamètre, situé sur le bord libre de la corde vocale droite, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. Je suis arrivé au résultat désiré en trois séances à l'aide de la solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 0[0. Il s'agissait d'un jeune baryton ; le résultat fut le retour assez parfait de la voix dans les 4 ou 5 jours qui suivirent l'opération. Actuellement il ne reste presque aucune trace du point d'im-

(1) Lue à la Soc. franç. d'Otol. et de Laryng., séance du 26 décem. 1884.

plantation du kyste. Je ne considère pas ce cas comme bien favorable à la cocaïne, car, il y a trois mois, j'ai opéré, sans cocaïne, deux autres malades porteurs d'un polype de la corde vocale droite : l'un à la deuxième séance et l'autre à la quatrième séance ; cependant, vu l'excitabilité du sujet, la cocaïne m'a été utile. D'ailleurs, chez ce malade, à cause de la conformation de l'épiglotte et de la nature du pinceau employé, je n'avais certainement pas pénétré assez profondément dans la cavité laryngée.

Enfin, le 25 novembre, un malade vient me consulter pour un polype de la corde vocale gauche. Je fixe l'opération pour le lendemain matin. La séance fut longue, avant d'avoir donné à ma pince une courbure bien satisfaisante. Les badigeonnages furent pratiqués environ quinze fois dans la séance avec la solution à 5 0/0 et je pus arracher presque complètement la tumeur à l'aide du tube-forceps. Dans les quelques jours qui suivirent l'opération, la voix reprit un timbre qu'elle n'avait pas eu depuis plus de dix ans. Cependant il restait quelques débris insignifiants au point d'implantation. Je voulus attendre nne cicatrisation avec rétraction de ces débris et je fixai la deuxième opération au 9 décembre. Dans cette seconde séance, destinée seulement à rendre l'opération plus parfaite, j'avais à enlever un petit moignon arrondi de la grosseur d'une forte tête d'épingle. La séance fut plus courte que la première fois et les badigeonnages de cocaïne moins nombreux. Je réussis à enlever cette parcelle de polype avec la plus petite pince à griffe de Schrœtter.

Chez ce dernier malade, j'ai pu constater un peu de tendance au sommeil après la première séance où les badigeonnages furent assez nombreux.

La plupart des malades que l'on soumet soit au badigeonnage, soit à la pulvérisation de cocaïne accusent, au bout d'une minute environ, une sensation de fraîcheur sur tous les points touchés.

Je dois ajouter que j'ai également, comme plusieurs

de mes confrères, essayé la cocaïne dans la dysphagie des tuberculeux et dans un cas de cancer de l'épiglotte. J'ai dans ce moment plusieurs malades en traitement et je puis déjà me déclarer satisfait des résultats. La cocaïne est certainement appelée à remplacer les badigeonnages concentrés de morphine dont les inconvénients pouvaient contre-balancer les effets utiles surtout chez les tuberculeux. Dans ces derniers cas, je me contente de solution à 2,5 0/0.

En résumé, la cocaïne est pour nous une conquête importante, car elle nous permettra de fixer pour ainsi dire le jour précis de l'ablation d'un polype tout comme cela se pratique pour les autres opérations chirurgicales.

DU CHLORYDRATE DE COCAINE DANS LE PHARYNX ET LE LARYNX

Par le Dr F. Schiffers (de Liège) (1).

Nous avons seulement pour but, par cette communication, de donner un aperçu des essais que nous avons institués pour nous assurer des propriétés qui ont été attribuées au chlorhydrate de cocaïne, employé en applications sur les muqueuses pharyngienne et laryngienne.

Depuis le mois de novembre de cette année, que nous avons eu l'occasion de recourir à ce nouvel agent dans des cas pathologiques, nous avons pensé qu'il serait utile d'en étudier les effets à l'état physiologique, chez des sujets qui pussent nous faire part exactement de leurs sensations et en quelque sorte les analyser, grâce à leurs connaissances en anatomie et en médecine.

Un de nos honorables confrères, médecin de l'Hôpital, et plusieurs élèves en médecine ont immédiatement consenti à se mettre à notre disposition : nous les remercions bien vivement du concours qu'ils nous ont prêté.

(1) Communication faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 26 décembre 1884.

Voici ces expériences. — *1er jour d'expérience :*

I.— B... médecin, n'a jamais été examiné au laryngoscope, n'a pas antérieurement souffert de la gorge. Le jour même de l'expérience, il éprouve une gêne légère à la déglutition due à une inflammation modérée des piliers postérieurs. Il supporte néanmoins très bien l'abaisse-langue de Türck, de même que le rhinoscope de Carl Michel et le laryngoscope. Le larynx et la trachée se voient parfaitement ; ils sont normaux. L'attouchement de l'épiglotte avec la sonde produit immédiatement des spasmes ; le miroir n'est plus supporté.

4 h. 56 m. Attouchement léger de la moitié gauche de l'épiglotte avec la solution du chlorydrate de cocaïne (5 0/0) — amertume immédiatement accusée.

4 h. 58 m. Sécheresse, chaleur, suivie bientôt d'astriction, de sensation de rétrécissement de la gorge, salivation très peu abondante.

4 h. 59 m. La sonde touche l'épiglotte à gauche sur ses deux faces, elle est très bien supportée ; la sensation de froid de la sonde est perçue. La sonde peut arriver sur les cordes sans réaction. La sonde touchant à droite l'épiglotte (partie non cocaïnisée), il y a aussitôt réaction.

5 h. 3 m. Mêmes phénomènes. L'insensibilité de la partie touchée dure environ 12 minutes. Après ce laps de temps, les sensations subjectives ont disparu.

II.—E..., interne en médecine, n'a jamais été examiné au laryngoscope, quoiqu'il soit enroué, ce qui est dû à une paralysie des constricteurs de la glotte. L'abaisse-langue est bien supporté ; le laryngoscope l'est mal. L'application doit en être trop rapide, pour que l'intérieur du larynx puisse être examiné convenablement, surtout à cause d'un abaissement assez prononcé de l'épiglotte.

5 h. 20 m. Attouchement énergique de l'isthme du gosier et de la paroi postérieure du pharynx avec la solution à 5 0/0.

5 h. 22 m. Le miroir est assez bien supporté ; l'examen peut se faire, mais il arrive vite des spasmes.

5 h. 25 m. Second badigeonnage des mêmes parties. Le miroir est immédiatement mieux supporté. L'épiglotte touchée avec la sonde réagit violemmeut.

5 h. 26 m. Attouchement de l'épiglotte et de l'entrée du larynx avec la même solution.

5 h. 28 m. L'épiglotte est insensible ; la sonde peut être introduite presque près de la glotte.

Les phénomènes subjectifs se sont produits très rapidement (environ 2 minutes après l'attouchement) : amertume, sécheresse, sensation de resserrement, prononcée surtout lors des mouvements de déglutition et accusée à la partie supérieure du cartilage thyroïde, salivation peu abondante, chaleur, id. Le sens thermique est resté intact.

Les phénomènes d'anesthésie ont persisté environ 20 minutes ; les sensations subjectives ont disparu avec eux. Chez le même sujet, à 6 h. 12 minutes, alors que tout était rentré dans l'ordre, nous badigeonnons de nouveau l'épiglotte et l'intérieur du larynx jusqu'aux cordes avec une solution à 10 0/0.

6 h. 13 m. Sensation excessivement prononcée de constriction au niveau de la partie supérieure du larynx.

6 h. 14 m. Sensation de chaleur. Ce sont les deux phénomènes qu'accuse surtout le sujet.

6h. 15m. La sonde est bien supportée presque dans la glotte.

Les sensations subjectives ne persistent guère plus longtemps que dans la première expérience.

III. — C..., interne en médecine, a subi l'amygdalotomie du côté droit, a souffert souvent d'angines, n'a jamais été examiné au laryngoscope. Le miroir est bien supporté, de même que la sonde. Quand elle touche les cordes il y a cependant réaction immédiate.

5 h. 54 m. Badigeonnage de tout le larynx avec la solution à 5 0/0. L'amertume est peu prononcée, de même que la sensation de rétrécissement ; sensation de sécheresse et sensation de froid, peu de salive.

5 h. 56 m. La sonde peut toucher les cordes qui semblent insensibles.

Les phénomènes subjectifs, qui sont restés peu prononcés, persistent encore légèrement une demi-heure plus tard.

Second jour d'expérience :

IV. — H..., étudiant en médecine. Pas d'examen antérieur, pas de maladie de la gorge. Le miroir est bien supporté ; l'épiglotte réagit vivement à la sonde.

5 h. 45 m. Attouchement de l'épiglotte avec la solution à 5 0/0.

Peu de temps après, la sonde est supportée.

Mêmes phénomènes observés que dans le cas II.

V.— W..., étudiant en médecine, se trouve, au point de vue de ses antécédents, dans les mêmes conditions que H.. (IV).

Le miroir n'est pas du tout supporté.

6 h. 6 m. Badigeonnage de l'isthme avec une solution à 10 0[0.

6 h. 7 m. Amertume, resserrement, chaleur.

6 h. 8 m. Le miroir est supporté. L'épiglotte réagit à la sonde.

6 h. 12 m. Deux badigeonnages successifs de l'entrée du larynx avec la même solution. Astriction très forte. Les mouvements de déglutition sont impossibles.

6 h. 14 m. L'épiglotte supporte la sonde, mais cette dernière étant rapportée de la glotte, il y a aussitôt réaction.

6 h. 20 m. Troisième badigeonnage de l'intérieur du larynx.

6 h. 23 m. La sonde introduite jusqu'aux cordes est supportée facilement. Le miroir est de nouveau senti au palais.

6 h. 26 m. Les spasmes reviennent.

De ces expérimentations, nous pouvons conclure :

1° Que la solution de chlorhydrate de cocaïne produit l'anesthésie tactile des muqueuses pharyngienne et laryngienne, à des doses variables. Ce sera 5 0/0 en moyenne, probablement à une dose moindre dans certains cas, quelquefois à une dose supérieure à 10 0/0 dans d'autres, à moins de répéter successivement les attouchements, si l'on veut obtenir une anesthésie d'une

durée suffisante (le cas V semblerait le prouver). Le sens thermique reste intact.

2° L'action est essentiellement locale ; elle ne se produit qu'au point d'application de l'agent (cas I). Pour obtenir, par exemple, l'insensibilité des cordes vocales, il faudra qu'elles soient touchées dans toute leur étendue, même presque dans la région sous-glottique.

3° Il ne faut pas craindre de faire des attouchements assez énergiques, qui nous semblent devoir conduire plus vite au but.

4° La muqueuse reprend ses propriétés antérieures après une durée moyenne de 10 à 15 minutes.

5° Les sujets n'éprouvent aucun inconvénient de l'emploi de cet agent. La salivation nous a paru être en général modérément abondante. On peut faire immédiatement l'attouchement du larynx ; il n'y a pas à craindre que la salive vienne rendre difficile l'exploration.

6° Le principal phénomène accusé par les sujets a été celui d'une sensation très nette de rétrécissement de l'organe (chez plusieurs malades, nous avons constaté le même effet, immédiatement renseigné). Après cette sensation, est venue celle de chaleur, puis de sécheresse. Nous pensons que la salivation sera prononcée surtout, si l'on touche au préalable l'isthme du gosier et la base de la langue.

7° L'action du médicament commence généralement très vite à se manifester, en général, 2 minutes après son application. L'instrument peut encore être supporté, alors que la sensation tactile n'est pas complètement abolie (Dans le cours des expériences, plusieurs fois le sujet nous a dit qu'il sentait bien la sonde, en contact avec l'épiglotte, par exemple, mais qu'elle ne le gênait pas). Ces conclusions sont sensiblement les mêmes que celles qu'a tirées A. Geier d'une série d'expériences, faites également sur des étudiants en médecine, à

la policlinique du docteur JURASZ de Heidelberg (1).

Il est probable que les confrères qui expérimenteront dans les mêmes conditions, arriveront à des résultats analogues.

Ceux-ci sont fort beaux, et permettent d'espérer beaucoup de ce nouvel agent dans la technique opératoire laryngologique.

Le médicament nous a paru également agir comme analgésique dans plusieurs affections inflammatoires des premières voies, où nous l'avons employé. Nous ne savons cependant s'il sera toujours bien indiqué au début, dans ces cas, à cause de la sensation trop prononcée d'astriction qu'il produit généralement et de la durée trop éphémère de son action. C'est ce qui fait que nous ne l'acceptons qu'avec réserve pour calmer les douleurs en cas d'affection tuberculeuse de l'épiglotte, à moins qu'il n'y ait absorption et effet général consécutif. Il faudra voir ce que l'observation ultérieure permettra de conclure. Son essai dans cette maladie est en tout cas des mieux justifiés. La glace, qui est un bon anesthésique dans ces circonstances, mais qu'on n'a pas toujours sous la main, serait alors remplacée avantageusement. Le malade pourrait apprendre à faire lui-même des attouchements peu de temps avant le repas.

L'absorption, même en cas d'ulcérations plus ou moins étendues, ne serait pas trop à craindre. Le médicament pourrait en effet être supporté à l'intérieur à des doses relativement élevées, sans inconvénient sérieux, s'il faut en croire ce qui a été rapporté à la séance du 1er décembre 1884 de l'Union médicale, à Berlin. (*Verein für innere Medizin.*)

(1) Aus der ambulatorischen Klinik für Kehlkopf, Rachen und Nasenkranke, des Herrn Prof. Jurasz in Heidelberg. — Zur Wirkung des Cocaïnum muriaticum auf die Schleimhaut des Gaumens, Rachens und Kehlkopfes von Arthur Geier.

Rapporté dans le *Berliner klinische Wochenschrift*, numéro 50, 15 décembre 1884.

Il y est dit que le docteur **Ewald** a employé le médicament à l'intérieur, en commençant par cinq centigr. ; il a été jusqu'à huit centigrammes sans observer d'effets nuisibles. Dans la même réunion, le docteur **Heymann** a rappelé un fait qui s'est passé récemment : un pharmacien a avalé environ 20 à 25 centigrammes de cocaïne sans éprouver autre chose pendant quelques heures qu'un état de malaise.

Sans vouloir conclure prématurément, il résulterait de ces faits que la cocaïne n'est pas en tout cas d'une toxicité bien grande ; ce qui est une garantie sérieuse, puisqu'il s'agit de l'employer surtout localement sur des muqueuses ordinairement hyperémiées, atteintes d'ulcérations ou de solutions de continuité, toutes conditions qui favorisent l'absorption.

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 26 *décembre* 1884.

Présidence du Dr P. Koch.

Notice nécrologique sur le Dr Blanc (de Lyon), par le Dr Baratoux :

« Depuis notre dernière réunion, nous avons eu à déplorer la mort d'un de nos membres, le Dr Blanc, de Lyon, décédé le 25 août 1884.

» Né à Saint-Bonnet-le-Château (Loire), le Dr Emile Blanc fit ses études secondaires, d'abord à Montbrison, puis au pensionnat des Chartreux, à Lyon. Il étudiait la médecine à l'école secondaire de cette ville lorsqu'éclata la guerre. Il partit alors comme médecin des mobiles de la Drôme, et sut se faire remarquer par sa belle conduite sur le champs de bataille de Montretout, ce qui lui valut la croix de la Légion d'honneur.

» La campagne terminée, il vint finir ses études à Paris. Sa thèse, sur le Cancer primitif du larynx, lui fit obtenir le titre de lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

» Le Dr Blanc s'installa alors à Lyon, où il se livra d'une façon spéciale à la pratique des maladies du larynx et des poumons, où il ne tarda pas à acquérir une notoriété considérable.

» Lors de la fondation de la Société française d'Otologie et de Laryngologie, le Dr Blanc se fit inscrire avec empressement comme membre fondateur et vint prendre part à nos discussions ; il y a un an, il nous communiquait le résultat de ses recherches sur les Kystes du larynx. Cette communication très remarquable avait attiré l'attention de ses collègues par son importance et les intéressants détails qu'elle contenait.

» Je n'ai pas la prétention d'analyser ici les travaux de notre confrère; il me suffira de vous rappeler que la sympathie qu'il avait acquise parmi nous l'avait désigné cette année même pour faire partie du Comité.

» Je ne dirai pas ici les qualités si connues du Dr Blanc : une générosité à toute épreuve, tel était le fond de sa nature, une aménité exquise jointe à une grande fermeté, tel était le fond de son caractère.

» Le Dr Blanc a exercé jusqu'au dernier moment. On peut dire qu'il est mort à la peine, et la maladie de cœur à laquelle il a succombé n'était en somme que la conséquence des fatigues et des soucis accumulés depuis plus de dix ans.

» Il est mort à l'âge de 42 ans, dans son pays natal, où il avait comme un pressentiment de venir finir ses jours.

» Son nom s'ajoutera à ceux de nos confrères que la Laryngologie française a vu disparaître dans ces derniers temps : Isambert, Mandl et Krishaber. »

Erratum : La dernière séance de la Société a été présidée par M. Bayer (de Bruxelles).

MM. Garrigou-Desarènes et Mercier offrent à la Société leur travail sur le *Catarrhe chronique des fosses nasales et de l'ozène. — Traitement par la galvano-caustique chimique.*

M. Schiffers (de Liège) adresse les brochures suivantes : *Sténose du larynx. — De la syphilis laryngée. — De l'emploi de l'acide chromique dans l'œdème de la glotte.* — La traduction de l'article *Epistaxis*, par Voltolini.

M. le Dr P. Koch (Luxembourg) lit un travail sur le **Laryngo-typhus** (1).

M. Moura-Bourouillou. — J'ai vu plusieurs fois la localisation de la fièvre typhoïde dans le larynx, principalement vers les 4e et 5e septennaires. Au début cette localisation ne diffère pas des angines ou pharyngo-laryngites qui dépendent d'une affection éruptive plus ou moins grave.

Est-ce bien là une maladie spéciale à laquelle on puisse appliquer le nom de : Laryngo-typhus ? Je ne le crois pas ; c'est là une manifestation typhoïque qui fait partie de la maladie générale.

La région du larynx, qui se trouve atteinte pendant la période avancée de la fièvre typhoïde, porte sur les cartilages et les aryténoïdes en particulier; ceux-ci sont atteints de nécrose ; ils tombent en suppuration, formant des abcès dont le volume occasionne le cornage de la respiration, c'est-à-dire une sténose glottique confondue avec l'œdème vestibulaire et l'œdème glottique. Le laryngoscope permet de constater ces faits, ainsi que cela m'est arrivé dans le service de Barth, sur un malade que l'on s'apprêtait à trachéotomiser au prochain accès de suffocation. Le cartilage aryténoïde fut éliminé quelques jours après et le malade guérit sans intervention.

M. Gellé a observé un cas que l'on pourrait dénommer Pharyngo-typhus. Il s'agit d'un abbé très surmené par le travail. Il fut pris de vertige, de bourdonnement et de surdité

(1) Publié *in extenso* dans n° 2 de la Revue, février 1885.

coïncidant avec un ramollissement et un enfoncement du tympan. Cette membrane était très congestionnée et violacée. Le pharynx aussi présentait une tuméfaction avec congestion intense et violacée. Ces symptômes durèrent 15 jours avant que l'on pût faire le diagnostic de fièvre typhoïde.

Ainsi, cette fièvre avait eu, pendant une longue période, sa localisation principale du côté du pharynx et de l'oreille.

M. Moure. — J'ai eu l'occasion de voir à la Société d'anatomie de Bordeaux les pièces pathologiques d'un malade ayant succombé à un œdème *suraigu* de la glotte pendant le cours d'une fièvre typhoïde, il n'éxistait d'autres lésions laryngées que l'infiltration *séreuse* des replis ary-épiglotiques et une ou deux petites érosions superficielles de l'épiglotte; les cartilages étaient sains. Ce ne sont pas là, je crois, les lésions habituelles de ces sortes de complications du typhus ou de la fièvre typhoïde. Le malade succomba asphyxié.

Blessures de l'apophyse mastoïde par coup d'arme à feu, par M. Garrigou-Desarènes (Paris) (1).

Anastomose directe des deux nerfs laryngés supérieur et inférieur, par M. Moura-Bourrouillou (Paris) (2)

M. Moure. — Dans quelle position étaient les cordes vocales? Pouvait-on à l'examen du larynx reconnaître quels étaient les muscles paralysés?

M. Moura-Bourouillou. — Les muscles étaient dans l'abduction; la glotte largement ouverte, et l'épiglotte immobile, affaissée. Il y avait aussi paralysie de tous les muscles constricteurs.

M. le docteur Exner, de Vienne, aurait découvert un nerf laryngé médian venant du pneumo-gastrique et se distribuant d'une part au muscle crico-thyroïdien antérieur, d'autre part à la glande thyréo-épiglottique. Est-ce là une exception ou

(1) Voir Revue, p. 97

(2) Voir Revue, p. 105.

un fait normal chez l'homme ? Le nerf médian, le plus petit des trois nerfs laryngés, aurait ainsi une fonction sensitive et motrice à la fois qui me paraît peu en rapport avec son petit volume.

D'après Franck, les filets sensitifs provenant de la trachée et des grosses bronches passent par les nerfs récurrents, par l'anastomose de Galien, et de là dans les nerfs laryngés supérieurs. (*Société de Biologie*, comptes rendus, 1879.)

M. E. J. MOURE.—Je crois qu'il s'agissait dans ce cas de la paralysie nerveuse des muscles du larynx et alors l'électricisation directe est en effet un bon moyen ; l'on sait aussi que le simple attouchement avec le miroir suffit quelquefois pour rendre la voix au malade, soit momentanément, soit d'une manière durable.

M. MOURA BOUROUILLOU. — Dans les deux observations que j'ai citées, on avait employé divers moyens et même l'électricité sans succès. Lorsque la paralysie des muscles laryngés est due à une simple irrégularité, à une modification passagère ou momentanée de la circulation du fluide nerveux, plusieurs moyens, tels que celui que signale mon collègue, et le bromure de potassium rétablissent promptement l'équilibre fonctionnel dans le larynx. Mais lorsque la paralysie provient de l'action du froid ou de toute autre cause qui a tout à fait suspendu, arrêté, supprimé cette circulation, ni le bromure, ni les autres moyens accessoires ne ramènent son état normal ; il faut ici des moyens d'une certaine violence comme les vésicatoires, les points de feu, l'électricité, etc.

Les nombreux insuccès des applications de l'électricité suivant la méthode interne et externe, ceux du bromure et des autres moyens, et les fréquentes communications des nerfs laryngés entre eux, m'ont fait adopter l'application réflective de l'électricité ; c'est à cette méthode que je dois les guérisons rapides et constantes. L'un des réophores est appliqué sur la face laryngée de l'épiglotte sur le point correspondant au trajet du nerf laryngé supérieur et l'autre à l'exté-

rieur, soit sur le côté du larynx, soit sur le trajet du spinal correspondant.

Nécrose du Rocher, par M. BARATOUX (Paris).

M. GARRIGOU-DÉSARÈNES. — En 1875, j'ai eu l'occasion de soigner, à ma clinique, une enfant de huit mois, à laquelle sa mère donnait le sein.

Cette petite fille, dont le père, âgé de 45 ans, était strumeux et aveugle, avait pour mère une pauvre femme très délicate.

Cette petite malade souffrait d'une suppuration très abondante de l'oreille droite. Le pus qui s'écoulait était verdâtre, peu épais et contenait des stries de sang. L'écoulement datait de cinq mois, et depuis dix jours il s'était déclaré une paralysie du facial du côté droit. L'enfant vivait difficilement et la paupière droite ne s'abaissait plus sur l'œil ; cette conjonctivite était venue se joindre à la maladie de l'oreille. Après avoir nettoyé le conduit auditif, j'aperçus des végétations implantées, les unes dans la caisse, le tympan étant en partie détruit, d'autres sur le conduit auditif osseux. En touchant avec le stylet, je pus constater qu'il existait un séquestre mobile siégeant en arrière et un peu en haut du conduit auditif externe.

Je pratiquais la trépanation de l'apophyse mastoïde au niveau de la grande cellule mastoïdienne et après avoir placé un tube en caoutchouc, j'ordonnais des lavages répétés quatre à six fois par jour, avec de l'eau alcoolisée d'abord, et plus tard, avec une solution, à 2 °/₀, de borate de soude. Les végétations furent détruites avec l'écraseur et l'électrocautère.

Quinze jours après, un séquestre, mesurant un centimètre de profondeur sur 9 millimètres de surface, se détachait facilement, en faisant de petites tractions avec les pinces, et il y eut un écoulement de sang sans importance.

Ce séquestre était composé en grande partie de tissus spongieux, recouvert d'un côté par une lame de tissu osseux compacte, répondant au conduit auditif osseux. Les injections poussées par l'apophyse mastoïde sortaient par la caisse et

L'audition diminue. Pas de gonflement. Pas de symptômes cérébraux. Vésicatoire, traitement anti-névralgique et médication altérante à l'intérieur.

En mars 1884, la trépanation est pratiquée, le tissu osseux était dur et avait l'aspect de l'ivoire. Pansement phéniqué, cataplasme. Après l'opération la douleur diminua sensiblement, et, en juillet 1884, la malade était complètement guérie et l'audition connsidérablement améliorée.

Le Dr A.-H. BUCK, de New-York, ne croit pas qu'on doive chercher à obtenir la réunion par première intention.

Le Dr KNAPP. — On doit rechercher la réunion par première intention seulement dans le cas où le sinus latéral a été ouvert.

Le Dr Ch. KIPP, de Newark, a observé bon nombre de cas dans lesquels il n'existait aucun signe extérieur de maladie, et où on a trouvé cependant une carie osseuse après incision du périoste. Il en rapporte un cas.

Le Dr Samuel THEOBALD, de Baltimore, estime que la médication spécifique doit occuper une place importante dans le traitement; elle permet parfois d'éviter l'intervention chirurgicale. Il a obtenu d'excellents effets de l'emploi de l'iodure de potassium et du biiodure de mercure, il emploie en même temps les frictions mercurielles.

Le Dr SEXTON, de New-York, montre un certain nombre de photographies et décrit brièvement les cas qu'elles représentent; il n'admet pas les conclusions de Knapp. Il ne croit pas que la douleur soit un symptôme suffisant pour affirmer que l'apophyse mastoïde est envahie.

Le Dr J.-A. ANDREWS. — Une des indications qui doivent guider le chirurgien dans l'ouverture des cellules mastoïdiennes est l'apparition d'un gonflement du disque optique ou une névrite du nerf optique. Lorsque cette lésion apparaît en même temps que l'insomnie et la douleur on doit pratiquer l'opération.

Le Dr A. Mathewson, de Brooklyn, fait observer que dans bon nombre de cas dans lesquels l'affection de l'oreille se termine par la mort, l'autopsie ne révèle aucune lésion de l'oreille.

Le Dr A.-H. Buck indique la façon dont on doit se conduire dans ces cas-là. Ils peuvent se diviser en deux classes : dans la première la mastoïdite se développe chez une personne saine; dans la seconde, il existe depuis un temps plus ou moins long un écoulement purulent de l'oreille. Si la maladie survient dans le cas de trouble auriculaire ancien, la rougeur, le gonflement peuvent manquer, bien qu'on se trouve en présence d'une maladie sérieuse de l'apophyse. On doit alors s'assurer si le pus peut s'écouler facilement. Si non, on doit opérer. Dans les cas aigus, l'intervention est toujours indiquée.

Le Dr Buck, de New-York, lit alors une note sur :

L'usage de l'iodure de potassium à haute dose et de l'iodure de sodium pour le traitement des cas de surdité rapide dus à la syphilis (*On the use of large dose of iodide of potassium and sodide of sodium in the treatment of cases of rapid loss of hearing*). — Il rapporte divers cas qu'il a pu réunir et qui ont été publiés par divers auteurs. Deux fois, une amélioration sensible suivit le traitement anti-syphilitique. Il a lui-même traité bon nombre de cas de ce genre par l'iodure de potassium et l'iodure de sodium à hautes doses. Jamais il n'a obtenu la guérison complète, une ou deux fois seulement il a pu obtenir une amélioration passagère. Il pense que ces insuccès doivent être attribués à la destruction d'organes essentiels à la perception des sons, et alors bien que l'on fasse disparaître la cause première du mal, la destruction est trop avancée pour que la fonction puisse se rétablir.

Le Dr Seely, d'après son expérience personnelle, croit pouvoir affirmer que lorsque la lésion ne cède pas à l'usage des anti-syphilitiques à doses modérées, on ne doit pas espérer obtenir la guérison.

Le Dr Buck partage cet avis.

MM. les Drs Mathewson, Jones, Knapp et Andrews rapportent bon nombre de cas semblables à ceux signalés par M. Buck et dans lesquels le traitement n'a pas donné de résultat.

La séance est levée.

Séance du soir

Le Dr Seely, de Cincinnati, lit une note sur le : **Traitement de l'otite moyenne suppurée par le jéquirity** (*The treatement of suppurative otitis media with jequirity*). — Souvent les traitements employés pour obtenir la guérison de l'otite moyenne suppurée échouent; pour que le traitement dirigé contre elle réussisse, il doit remplir les conditions suivantes : en premier lieu, nettoyer, rendre et conserver perméable la trompe d'Eustache ; en troisième lieu, tenir la cavité naso-pharyngienne dans un état d'intégrité parfaite. On ignore souvent cette dernière condition. La muqueuse de la caisse subit souvent des transformations telles qu'elle ne peut guérir que par transformation en tissu cicatriciel ; condition semblable à celle qu'on rencontre dans la forme trachomateuse de la conjonctivite.

On a, dans ces derniers temps, traité cette dernière affection en déterminant une vive inflammation au moyen d'infusion de jéquirity. Dans les deux dernières années, le Dr Seely a traité, de la même façon, certains cas d'otite moyenne suppurée rebelle ; il croit cette méthode utile, mais dans certaines conditions bien déterminées, qu'il peut formuler ainsi : 1° Lorsqu'il existe une destruction considérable de la membrane du tympan ; 2° lorsqu'il existe un gonflement de la muqueuse assez considérable pour rendre les autres méthodes de traitement inutiles ou peu actives ; 3° enfin, lorsque la trompe est libre, condition nécessaire pour régulariser l'inflammation.

Le Dr J.-J. Vermyne, de New-Bedfort, fait, dans cette séance, deux communications : la première sur la **maladie**

de l'ethmoïde, ses conséquences sur le catarrhe chronique naso-pharyngien. — Exophtalmie (*Disease of the Etmoïd, the consequence on chronic catarrh of the naso-pharynx. — Exophthalmos*). — Il s'agit d'une jeune fille de seize ans, qui vint consulter l'auteur pour une légère exophtalmie de l'œil droit. L'œil était projeté en avant et sur le côté. Pas d'œdème des paupières. Il n'existait aucune dilatation veineuse, conjonctives normales, pas de douleur. L'examen à l'ophtalmoscope, montre le disque optique légèrement saillant, les vaisseaux de la rétine dilatés. Hypermétropie légère à droite, mais la vue est normale pour les deux yeux. Quelques jours avant, elle avait éprouvé de la céphalalgie. Santé générale bonne; cependant elle est atteinte d'un catarrhe naso-pharyngien chronique, existant depuis 11 ans et qui s'est montré à la suite d'une fièvre scarlatine intense. Le catarrhe naso-pharyngien est surtout marqué à droite. Il n'existe aucune gêne dans les mouvements de la paupière droite. Légère diplopie à droite le matin au réveil, mais elle ne dure que peu de temps. L'auteur songe à un néoplasme développé autour du nerf et institue son traitement en conséquence. Peu de temps après, la malade est complètement remise; toutefois, la projection du globe oculaire persiste encore. Après une étude plus approfondie, l'auteur est amené à supposer que la maladie peut être produite par une toute autre cause qu'un néoplasme : il examine de nouveau la malade avec soin, et découvre une tumeur dure, immobile, nodulaire, située à l'angle interne de l'œil et évidemment formée par l'os planum.

Tous les symptômes sont alors rapportés au catarrhe naso-pharyngien et le traitement est institué en conséquence. L'auteur considère qu'il a affaire à une tumeur par rétention, analogue à un cas rapporté par Knapp au Congrès international d'ophtalmologie en 1875. Il base son opinion sur ce fait que, souvent dans ce cas on a observé un état pédiculé de l'œil, lui donnant l'aspect d'un œil de homard. Knapp opéra avec succès son malade en enlevant la tumeur avec des ciseaux, mais dans un autre cas rapporté dans les *Archives*

d'otologie, le malade traité de la même façon succomba à une méningite traumatique. A l'autopsie, la paroi osseuse du sinus frontal fut trouvée malade. L'auteur croit que dans des cas de ce genre, on doit se borner à une simple distension mécanique de l'os, ou à faire une ponction exploratrice. Peut-être même, lorsque ces fonctions de l'œil ne sont pas atteintes, doit-on se borner à garder l'expectative.

La seconde communication du Dr Vermyne porte sur un cas de :

Myxofibrome de la base du crâne ayant déterminé la cécité, et sept ans après une surdité complète par destruction du labyrinthe (*Myxofibroma at the basis cranii, causing blindness, and seven years later, complete deafness by destruction of the labyrinthe*). — L'auteur vit le malade pour la première fois au commencement de l'année 1876, il se plaignait de troubles et d'affaiblissement de la vue. La vision = 12/XX. Légère congestion du disque optique et des vaisseaux rétiniens. Trois mois après il éprouva de violentes céphalalgies et tous les symptômes de la névrite des nerfs optiques. Application de sangsues, administration de bromure et d'iodure de potassium à haute dose. Sous l'influence de ce traitement, le malade vit son état s'améliorer. L'auteur avertit cependant les parents du malade qu'on a probablement affaire à une tumeur cérébrale et que l'amélioration ne sera que de peu de durée.

Cinq ans après l'auteur voit de nouveau le malade et constate une atrophie secondaire des nerfs optiques. En 1883, l'ouïe du malade diminue graduellement pour disparaître complètement, et la mort survint en 1884.

A l'autopsie on constate une tumeur occupant la partie inférieure de la fosse occipitale gauche, longue de 6 centimètres, ayant 4 centimètres de largeur et 2 d'épaisseur. Le lobe correspondant du cervelet était comprimé par la tumeur, plus dur qu'à l'état normal. Anémie cérébrale. On trouve dans les ventricules une quantité considérable de liquide. La tumeur était implantée sur la portion pierreuse du temporal détruite à ce niveau et ayant déterminé une excavation qui s'ouvrait dans la caisse du tympan.

Les premiers symptômes de la tumeur s'étaient manifestés du côté de la vue; selon toutes les probabilités la tumeur tirait son origine de la dure-mère; et son influence sur l'appareil de la vue et de l'ouïe doit être rattachée à une pression mécanique de la tumeur sur l'appareil de la circulation.

Le Dr Charles Kipp rapporte deux cas analogues, dans le premier de nombreux polypes s'étaient développés dans les sinus ethmoïdaux, les autres dans les sinus frontaux.

Le Dr Charles Kipp, de Newark, rapporte ensuite un cas d'

Epithélioma du pavillon de l'oreille *(A case of, Epithelioma of the auricle)*. La tumeur s'est développée chez un jeune homme de dix-neuf ans, est allée s'accroissant pendant un an. Elle avait envahi le pavillon tout entier et ressemblait à peu près à une masse de tissu granuleux, mais avec une consistance assez ferme. La tumeur a été enlevée et l'auteur depuis n'a pas revu son malade. L'examen pathologique démontre que l'on a affaire à un épithélioma à cellules cylindriques.

Le Dr Ch. Kipp montre encore un cas de fibro-lipome enlevé du pavillon chez un homme de trente-un ans.

Le Dr L. Howe lit une note intitulée :

Hématome du pavillon. Son traitement par l'ergot *(Hæmatoma auris, Its treatment with ergot)*. — Il s'est développé chez une femme agée de trente-huit ans, sans cancer. L'auteur fit dans la tumeur des injections d'ergot qui eurent pour effet de faire diminuer considérablement la grandeur du pavillon.

Le Dr Samuel Sexton fait une communication sur :

L'influence de l'irritation des dents sur l'oreille. (*The influence of dental irritation on the Ear.* — L'auteur montre un grand nombre de moules en plâtre montrant l'état des dents dans des cas où les symptômes auriculaires ont été reconnus liés soit à une carie soit à toute autre affection dentaire, et où la guérison s'est produite après amélioration de l'affection dentaire.

Les autres membres de la Société font alors différentes communications :

Le Dr TODD, de Saint-Louis, intitulée : *Necrose du labyrinthe droit; paralysie faciale complète du même côté;* guérison partielle.

Le Dr BURNETT, de Philadelphie, sur des *phénomènes auriculaires réflexes, dérivant des catarrhes de la cavité naso-pharyngienne, bruits subjectifs de l'oreille.*

Le Dr SPENSER : *Simples considérations pour le traitement des inflammations nasales et rétro-nasales et sur son importance et ses relations par rapport aux maladies de l'oreille.*

Sont élus membres de l'association : Dr E.-D. SPEAR, Boston; Dr J. VANDUYN, Syracuse, et le Dr S. O. RICHEY, Washington.

Bureau pour l'année 1885 :

Président, Dr C. H. BURNETT, Philadelphie; *Vice-Président*, Dr J.-S. PROUT, Brooklyn; *Trésorier et Secrétaire*, Dr J.-J.-B. VERMYNE, New-Bedfort ; *Comité de publication*. Dr VERMYNE, Dr O. J. GREEN ; *Comité de présentation de membres*, Dr JOHN GREEN, Dr H.-G. MULLER, Dr H.-O. MOYES.

La réunion suivante aura lieu dans le même local que la Société d'Ophthalmologie d'Amérique le jour qui précédera celui de la réunion de cette Société.

J. CHARAZAC.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Des hémorrhagies de l'oreille (*Ueber Blutungen aus dem Ohre*), par M. le professeur GRUBER, à Vienne.

L'auteur n'étudie que les hémorrhagies de l'oreille consécutives à des altérations pathologiques de l'organe de l'audition et qu'il désigne sous le nom d'hémorrhagies spontanées. Très importantes en pathologie auriculaire, elles peuvent

entraîner la mort, ou tout au moins causer beaucoup d'ennui au médecin.

Les hémorrhagies dangereuses du pavillon ne s'observent que dans les maladies des vaisseaux eux-mêmes. A ce sujet, l'auteur rapporte plusieurs observations : 1° Une femme âgée de 36 ans présentait de petites tumeurs sanguines multiples du pavillon qui, à plusieurs reprises, donnèrent lieu à des hémorrhagies répétées et assez abondantes, que la malade arrêtait elle-même par la compression, mais qui ne laissaient pas, en raison de leur fréquence, d'effrayer et d'affaiblir la malade; elles ne purent être arrêtées que par la destruction de toutes les tumeurs au galvano-cautère ; 2° Un jeune chanteur, atteint d'un anévrisme siégeant sur la face antérieure du pavillon de l'oreille. Ce malade avait, 8 ans auparavant, été traité et guéri par l'auteur, d'une otite moyenne suppurée chronique ayant amené la destruction du tympan et la formation de polypes dans la caisse. Ce n'est que plusieurs années plus tard que se forma une tumeur pulsatile qui avait la grosseur d'un pois. Grüber recommanda au malade de faire lui-même la compression, mais il suivit peu son conseil, et un jour, se trouvant à une fête, il fut pris d'une hémorrhagie considérable, que l'on arrêta par la compression. Elles se répétèrent plusieurs fois et ne cessèrent qu'après la ligature de la carotide primitive faite par le professeur Weinlechner. Gruber n'a jamais observé d'hémorrhagie profuse dans les cas d'othématome. Alors même que la tumeur se rompt il ne s'écoule qu'une petite quantité de sang, cela tient à ce que, dans ce genre de tumeur, le sang se coagule très vite. Dans les tumeurs malignes, les hémorrhagies ne sont jamais très considérables : l'auteur a observé une malade opérée d'un carcinome de la cornée, la récidive eut lieu sur le pavillon. Opération. Grüber enleva non seulement le pavillon mais encore les tissus mous de la région mastoïdienne. Il se produisit une hémorrhagie si considérable qu'on dut lier cinq artères assez volumineuses pendant toute la durée de la maladie, il n'y a pas eu d'hémorrhagie du pavillon lui-même. Les hémorrhagies les plus fréquentes du conduit se produisent à

la suite d'érosions ulcératives de cet organe, elles peuvent être assez considérables. Ce sont les granulations et les polypes du conduit qui donnent lieu aux hémorrhagies les plus fréquentes. Et lorsqu'on en voit se produire, c'est tout d'abord aux polypes que l'on doit songer. Il en est de même dans la caisse : les hémorrhagies qui s'y produisent proviennent le plus souvent de polypes qu'on doit soigneusement rechercher. Dans ces cas-là, l'auteur recommande l'usage de tympanoscopes, petits miroirs attachés à un fil de fer et qu'on introduit dans la caisse. Il est cependant des cas où, malgré les recherches les plus minutieuses, il est impossible de déterminer si l'hémorrhagie vient de polypes ou des tissus normaux eux-mêmes, et où l'on doit se contenter d'un *diagnostic vraisemblable.*

Les hémorrhagies des petits vaisseaux peuvent être arrêtées par les mêmes moyens que celles déterminées par les productions polypeuses. A moins d'urgence, on ne doit pas trop se presser pour employer des moyens héroïques, car les hémorrhagies précèdent très souvent l'expulsion spontanée des polypes qui s'atrophient, n'étant plus convenablement nourris. Dans les hémorrhagies dues à des polypes, la destruction du néoplasme est le meilleur mode de traitement. Si la cause de l'hémorrhagie ne peut être déterminée, on peut user des hémostatiques ordinaires : perchlorure de fer, borax, alun pulvérisé, solution de nitrate d'argent, suivis du tamponnement, qui réussit très bien si le sang vient du conduit ; s'il vient de la caisse, il est plus sûr de faire pénétrer l'hémostatique par la trompe à l'aide du cathéter. Grüber a par ce dernier moyen réussi à arrêter facilement des hémorrhagies abondantes de la caisse à l'aide de simples solutions de borax, alors que des hémostatiques bien plus énergiques, instillés dans le conduit, n'avaient produit aucun résultat. Dans les cas l'hémorrhagie par les polypes, si ces derniers sont trop durs pour pouvoir être enlevés par l'anse, on peut lier le pédicule ; et pour cette ligature l'anse même peut servir (Politzer).

Les hémorrhagies de l'oreille les plus dangereuses sont naturellement celles qui proviennent d'une solution de continuité des gros vaisseaux. Hessler (*Arch. f. Ohr.*, 1882) rap-

porte 13 cas d'hémorrhagie mortelle de l'oreille dus à la rupture de la carotide et constatés à l'autopsie. Dans plusieurs autres cas, l'autopsie ne put être faite. La paroi osseuse séparant la caisse du canal carotidien, peut être détruite, sans qu'il se produise une hémorrhagie. Grüber en a observé un cas, qui donne l'explication de la rareté des grandes hémorrhagies, malgré la fréquence des caries du temporal : Au cours de la suppuration les tuniques vasculaires s'hypertrophient, il se produit une hypergenèse qui empêche la rupture du vaisseau. L'écoulement du sang venu de l'oreille peut s'écouler, soit par le nez, soit la bouche. Le fait est plus rare chez l'adulte que chez l'enfant. L'auteur rapporte un cas observé par lui chez un enfant âgé de quelques semaines seulement. Atteint de gangrène des parties molles de la région parotidienne et du pavillon, il mourut dans le collapsus, après avoir eu par le conduit auditif un écoulement sanguin insignifiant. A l'autopsie, on trouva la portion pierreuse du temporal séparée de la portion écailleuse, une petite artère était rompue et avait amené un épanchement sanguin qui avait fort bien pu déterminer la mort par compression du cerveau.

L'union tardive des deux portions du temporal chez le nouveau-né, crée des conditions favorables pour les épanchements sanguins intra-crâniens. Le sang se fraye plus souvent un passage dans les parties voisines de l'oreille. Grüber rapporte un cas observé par lui dans lequel, en raison des symptômes observés, il porta le diagnostic : otite moyenne suppurée avec perforation du tympan, carie du temporal ? Abcès de la région parotidienne. Méningite.

Il fit une incision au point où la fluctuation était le plus marquée. Il en sortit un liquide sanguinolent, sanieux, très fétide, contenant beaucoup plus de sang que de pus. — Pansement consécutif. — L'écoulement sanguinolent persista malgré un tamponnement léger et fit penser que quelque vaisseau pouvait bien être érodé. Le malade mourut 24 heures après. A l'autopsie on trouva : Méningite de la base du crâne, carie de la selle turcique et du temporal, suppuration

de l'hypophyse cérébrale, thrombose du sinus pétreux supérieur ; pneumonie lobulaire bilatérale. L'examen détaillé du temporal révéla une otite suppurée avec destruction du tympan, du marteau et des branches de l'enclume. L'inflammation s'était frayé une voie au dehors, avait détaché de l'os les tissus mous et formé ainsi une cavité pleine de pus, limitée en arrière par l'apophyse mastoïde, cariée à sa surface. Cette cavité était remplie de sang coagulé, provenant d'une petite branche de l'artère auriculaire postérieure.

Le diagnostic d'une érosion vasculaire n'est pas toujours très facile, alors m^me qu'un gros vaisseau est lésé, à moins toutefois que le sang ne s'écoule en très grande abondance (cas de Hessler). D'après l'auteur, en dehors de la quantité de sang écoulé, c'est surtout l'écoulement par saccade qui doit faire songer à une érosion de la carotide interne.

Les symptômes fournis par les mouvements de la respiration ne prouvent rien. La compression de la carotide peut encore aider au diagnostic, bien qu'elle ne suffise pas toujours à l'hémorrhagie. Dans les cas d'hémorrhagie des gros vaisseaux, la ligature est indiquée ; elle n'est pas toujours efficace et dans un cas de Billroth l'hémorrhagie continua et emporta le malade, malgré la ligature des deux carotides primitives (*Allgem. Wien. Med. Zeitung*, numéros 1, 2, 3, 1885).

Dr L. L.

Précis des maladies de l'oreille, par M. le Dr Gellé (1).

L'ouvrage dont nous avons à rendre compte aujourd'hui, sans être un traité complet, n'est pas non plus un simple manuel, et le lecteur y trouvera en même temps que la description des affections de l'appareil auditif, les opinions des auteurs les plus connus et les plus autorisés en otologie. L'ouvrage est divisée en dix parties comprenant : l'étude des affections de l'oreille externe, du tympan, de la trompe, de la caisse, de la région mastoïdienne, de l'oreille interne ou labyrinthe. Chacune d'elles précédée des notions anatomiques et physiolo-

(1) J. B. Bailère et fils, Paris. 1885.

giques nécessaires à l'étude et à la compréhension de la pathologie, et de la description des différents moyens d'exploration qui permettent au praticien de faire un diagnostic et d'instituer un traitement.

Ne pouvant dans un compte rendu sommaire passer en revue toutes les affections décrites par l'auteur, nous devons simplement nous borner à mentionner quelques-unes des parties dans lesquelles il a consigné des vues nouvelles et originales. Parmi les affections du conduit auditif mentionnons l'otite externe circonscrite périostique, caractérisée par une altération limitée et très nette du conduit, qui est pour l'auteur d'origine rhumatismale et qui semble avoir pour point de départ le tissu périostique de la portion osseuse du conduit, elle correspond à l'otite moyenne périostique de Duplay. Mentionnons encore les moyens indiqués par M. Gellé pour déterminer l'état fonctionnel des deux fenêtres rondes et ovales, à l'aide de ce qu'il appelle l'auscultation transauriculaire, pendant l'épreuve des pressions centripètes.

Un diapason étant placé sur le frontal, à l'aide d'une poire en caoutchouc, on comprime l'air du conduit, la pression se transmet au tympan et, par la chaîne, à la fenêtre ovale, et dans l'état normal, le son du diapason diminue d'intensité à chaque pression. Au contraire, dans l'état pathologique, le son ne se modifie pas, ce qui indique que la poussée ne dépasse pas le tympan ou que l'étrier est immobile. Il est facile de déterminer si le tympan est mobile ou non. C'est donc un signe d'immobilité de l'étrier, à moins de discontinuité de la chaîne. De plus, si prenant un otoscope à trois branches, une pour le sujet, la seconde pour le soufflet, la troisième enfin pour l'observateur, on fait vibrer le diapason à chaque pression, le son baisse à la fois pour le sujet et l'observateur si l'oreille est saine, pour l'observateur seul quand l'étrier est immobilisé.

L'auteur termine son ouvrage par l'étude de la surdité dans ses rapports avec les maladies générales et locales, à la prothèse auriculaire, à la surdi-mutité et enfin à l'étude des maladies du nez et du pharynx dans leur rapport avec

celles des oreilles. La partie de l'ouvrage consacrée à la surdi-mutité est surtout intéressante à lire, et nous regrettons de ne pouvoir nous étendre ici davantage sur ce sujet. Au reste, nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage lui-même, qui sera consulté avec fruit, non seulement par le spécialiste, mais encore par le médecin ordinaire désireux de s'initier à cette partie encore peu connue et trop négligée de la science médicale.

J. C.

Les accidents dans les travaux à l'air comprimé à propos des cas observés pendant la construction du pont de Cubzac sur la Dordogne, par M. Gérard, ingénieur.

L'auteur rappelle tout d'abord la façon dont on fait les fondations d'une pile de pont au moyen de l'air comprimé. Les ouvriers qui rentrent dans les appareils subissent une *compression*, puis une *décompression*. Il ne se produit jamais d'accident pendant la compression. Il n'en est pas de même pendant la décompression : quand elle est instantanée, la mort est foudroyante. Quand elle est très brusque, les ouvriers ne paraissent pas en souffrir tout d'abord, mais tombent inanimés peu après. Quand la décompression est rapide, ils éprouvent, suivant les cas, des paralysies, des douleurs articulaires, des gonflements musculaires, des démangeaisons ou des picotements très violents. Quand la décompression est lente et graduée, il ne se produit jamais d'accidents.

A l'appui de ces renseignements, l'auteur cite un extrait du rapport de MM. les docteurs Dantagnan et Charron.

Ils rapportent 17 observations. Trois fois la mort est survenue immédiatement après la sortie de la cloche ; un malade a présenté du délire, suivi de démangeaisons intolérables ; trois, des paraplégies de la vessie ; quatre malades ont eu des vertiges et des vomissements qui ont persisté pendant plusieurs jours ; enfin quatre ouvriers ont été pris de surdité à la sortie de la cloche, surdité qui a été permanente dans un cas, qui s'est améliorée dans d'autres, sans que toutefois l'ouïe soit

redevenue normale. Un dernier malade a eu des hémoptysies assez abondantes. Tel est le résumé des observations de MM. Dantagnan et Charron. A la suite de la lecture de cette communication à la *Société d'hygiène de Bordeaux*, une discussion s'engage. Nous ne nous occuperons ici que des cas de surdité présentés par plusieurs malades, c'est en effet, la partie qui intéresse le plus directement les lecteurs de la *Revue*.

M. le Dr Moure présente quelques observations sur le mode d'action de l'air comprimé et de l'air décomprimé, dans la production des lésions de l'ouïe.

La compression agit de *dehors en dedans*, et on observe presque toujours à la suite de la compression brusque, une ecchymose, ou même une rupture du tympan, un ébranlement de la chaîne, et parfois des lésions des fenêtres et du labyrinthe. Toutefois les surdités qui en résultent sont, en général, susceptibles de guérison ou tout au moins d'amélioration notable, à moins que le labyrinthe n'ait été trop gravement lésé.

Dans la décompression, au contraire, les altérations de l'ouïe procèdent de *dedans en dehors*, ainsi c'est d'abord le labyrinthe qui est le premier et le plus souvent le seul affecté. C'est ce qui explique l'incurabilité à peu près absolue des lésions auditives consécutives à la décompression brusque, au moment de la sortie des cloches à plongeurs.

Les cas de ce genre sont rares, récemment M. Moos d'Heidelberg (*Revue mens. de Lar.*, n° 7, 1884), en a publié une observation.

M. Moure a observé à l'hopital, service de M. le Dr Lande, un des malades dont a parlé M. Gérard. Cet homme était non seulement complètement sourd, mais il éprouvait aussi de violents bourdonnements (bruits de cloches, de sifflets) dans les deux oreilles, et avait des vertiges extrêmement prononcés.

A l'examen de l'oreille, la perception crânienne à la montre et au diapson (la ^{3}) était absolument nulle, non seulement sur tous les os du crâne, mais même à l'entrée des méats auditifs.

L'examen objectif de l'oreille permit de constater une légère dépression du tympan, qu'une insufflation dans les caisses par les trompes, parfaitement libres du reste, permit de faire

disparaître. L'état du malade ne fut pas modifié pour cela. Quelque temps après, soit sous l'influence du traitement, soit par suite d'une rétrocession naturelle de l'affection, les vertiges disparurent presque complètement, mais la surdité persista. Il est évident que, dans ce cas, comme dans les faits analogues du reste, il s'était agi d'une hémorrhagie labyrinthique, ayant particulièrement atteint le limaçon, car les vertiges ayant disparu, il est probable qu'il ne s'agissait ici que d'une congestion intense des canaux semi-circulaires. (*Rev. san. Bordeaux et Sud-Ouest,* 10 et 25 déc. 1884 et 17 janv. 1885.) J.C.

De la paralysie du nerf facial et de la surdité consécutive aux fractures du crâne, par le Dr Véron.

A la Société de Chirurgie, séance du 1er octobre, M. Chauvel lit un rapport sur deux observations envoyées par M. Véron :

1° Un homme de quarante-cinq ans reçoit un coup de canne sur la région temporale : otorrhagie, surdité, rupture du tympan, paralysie du facial, sangsues, vésicatoires. Guérison de la surdité et de la paralysie ;

2° Un officier tombe de cheval. Otorrhagie, surdité. Paralysie faciale au cinquième jour. Guérison au dixième. Il reste une légère diminution de l'ouïe.

M. Véron localise les lésions dans l'aqueduc de Fallope et croit à une hémorrhagie de l'oreille interne.

M. Chauvel, contrairement à M. Véron, ne pense pas que les malades soient complètement guéris, puisqu'il reste une diminution de l'acuité auditive.

M. Berger croit qu'on peut expliquer chez le premier malade la surdité et la paralysie faciale par une rupture du tympan et un épanchement dans la caisse ; il ne pense pas en effet qu'un coup sur la région préauriculaire ait pu produire une fracture du rocher. (*France méd.*, 5 oct. 1884.)

Contribution à la pathologie et à la thérapeutique des affections du labyrinthe, par M. le prof. Politzer.

A la Société império-royale des médecins de Vienne, M. le

prof. Politzer fait une communication sur ce sujet. Les affections labyrinthiques sont ordinairement secondaires. Il cite deux observations d'inflammation du labyrinthe. La première est un cas d'inflammation leucocythémique du labyrinthe avec production consécutive de tissu conjonctif et osseux ayant entraîné la surdité. Dans la seconde, on trouva à l'autopsie le canal du limaçon, le vestibule et les canaux demi-circulaires remplis de tissu osseux.

Dans le traitement des affections du labyrinthe, M. Politzer a obtenu de bons résultats de l'application des injections sous-cutanées de chlorhydrate de pilocarpine. Il emploie une solution de 2 0/0, dont il injecte sous la peau de l'avant-bras 2 à 6 gouttes. L'injection est suivie des symptômes suivants : salivation, sueurs, abassourdissements, sensation exagérée de chaleur, etc. Tous ces phénomènes disparaissent après une demi-heure, rarement il survient des vertiges, des vomissements ou du collapsus. On obvie à ces inconvénients en administrant du sulfate d'atropine (0.03 pour 10 grammes d'eau), dont on fait prendre deux gouttes.

On commence, en général, avec deux gouttes, et si le malade supporte bien ces injections, en augmente la dose. Le nombre des injections varie entre 6 et 40. Au bout de huit à quatorze jours, on observe déjà une amélioration notable de l'audition. La pilocarpine donne surtout de bons résultats dans les affections syphilitiques du labiryntbe. C'est ainsi que dans deux cas où il y avait surdité absolue, l'audition s'est tellement améliorée, qu'après quatre semaines les malades purent entendre la parole à une distance de 5 à 5 mètres 1/2.

En somme, M. Politzer a employé la pilocarpine dans 65 cas :

Dans 11 cas de syphilis récente, il a pu noter cinq améliorations notables, et dans 8 cas de syphilis héréditaire, un seul cas de guérison.

Cinq cas d'inflammation de l'oreille moyenne et du labyrinthe n'ont pas été influencés par la pilocarpine. Parmi 23 cas de surdité consécutive aux affections du labyrinthe, on compte 8 succès ; parmi 6 cas de méningite cérébro-spinale épidé-

mique, un seul succès ; parmi 10 cas de sclérose de l'oreille moyenne, un seul succès, et des cas de perforation du tympan avec surdité et inflammation du labyrinthe, un seul a été guéri.

Bien que ces résultats ne soient pas brillants, il faut cependant les regarder comme satisfaisants, si l'on considère qu'on regardait toujours ces cas comme incurables. (*Semaine Méd.*, 27 janvier 1885.)

J. Ch.

Les oreillons comme cause de surdité subite *(Mumps as a cause of Sudden Deafness)*, par le Dr Learrus Connor, de Détroit.

Les maladies de l'oreille survenant au cours d'une affection aiguë de nature infectieuse ne sont point chose rare. La nature et le traitement de ces complications auditives sont aussi bien connus. Il n'en est pas de même de la surdité qui survient pendant les oreillons. L'auteur rapporte un cas observé par lui et en réunit trente et un publiés par différents auteurs : Hodgson, Roosa, Knapp, Roosa, Bruner, etc. Et de toutes ces observations il croit pouvoir tirer des conclusions dont nous donnons ici les plus importantes :

1° Dans quelques cas rares, les oreillons produisent la surdité complète ;

2° L'origine de la surdité est dans une lésion du labyrinthe ;

3° La lésion a parfois pour siège le limaçon, mais plus souvent les canaux semi-circulaires ;

4° Il peut se faire que la maladie se produise par propagation de l'inflammation de la parotide à l'oreille moyenne et de là au labyrinthe.

5° Le traitement de l'affection labyrinthique a toujours été jusqu'ici sans résultat. (*The. Amer. journ. of the Med. Sc.*, octobre 1884.)

J. C.

Du vertige au point de vue séméiologique, clinique de M. le prof. Potain, recueillie par le Dr Dauchez.

Le vertige est tantôt sympathique et tantôt symptomatique. Il consiste toujours, à quelques degrés près, en une obnubila-

tion passagère avec perte du moi, dans laquelle le malade voit tourner autour de lui les objets environnants, se sent osciller, menacé de tomber à terre, parfois même soulevé par une force invincible.

La fatigue inconsciente des sens ou l'attention prolongée concentrée sur un seul objet peuvent donner le vertige. Des lésions labyrinthiques caractérisées par des changements de direction imprimés aux canaux semi-circulaires peuvent aussi l'occasionner. Mais ce ne sont pas là les seules causes de vertige. La vue peut y participer : tel individu est pris de vertige dans une chambre tendue de papier rayé verticalement ; tel autre en conservant après l'occlusion des yeux, la sensation de l'image perçue réellement un instant auparavant.

A côté de ces variétés physiques du vertige, il existe un vertige psychique (vertige mental), par le fait duquel la volonté semble se dérober. L'auteur en cite différents exemples.

Au point de vue clinique le vertige est un accident nerveux dû à un trouble des sens. De là une singulière prédominance des vertiges auriculaires et oculaires sur les autres variétés. Ces derniers, d'après Abadie, seraient liés à des troubles d'accommodation, tandis que les autres résulteraient d'altérations des canaux semi-circulaires, auxquels les vibrations sont transmises par la membrane du tympan.

L'auteur étudie ensuite le vertige cérébro-spinal et le vertige stomacal ; il fait remarquer, avec Lasègue, que l'intensité de ces derniers n'est jamais en rapport avec l'étendue des lésions. Tout au contraire, la lésion se traduit-elle par des troubles légers, le vertige apparaît : celle-ci s'aggrave-t-elle, le vertige disparaît.

Il n'en est pourtant pas moins certain qu'il existe une relation entre la lésion et l'accident, celui-ci paraissant et disparaissant avec le trouble gastrique (*Revue méd. française et étrangère*, 18 octobre 1884).

J. C.

De la trépanation dans les maladies de l'apophyse mastoïde et du tympan, par le Dr W. Wehler, de Dublin (*Trephning in Mastoid and Tympanic Disease*).

Dans cet article, l'auteur étudie les cas dans lesquels l'inflammation purulente de la caisse ou des cellules mastoïdiennes nécessite la trépanation. C'est dans ces cas d'otorrhée à symptômes cérébraux, qu'Itard désignait sous le nom d'*otorrhées cérébrales*. Il en rapporte trois cas, dans lesquels il a fait la trépanation et où les malades ont rapidement guéri. Passant ensuite en revue les différentes statistiques de trépanation ou de perforation de l'apophyse mastoïde et analysant les résultats obtenus, il constate que dans les 98 cas recueillis par Poinsot, 15 seulement se sont terminés par la mort, tandis que dans 37 cas recueillis par Buck et dans lesquels aucun traitement ne fut tenté, 34 eurent une terminaison fatale. (*The Dublin Journ. of Med. Science*, octobre 1884.) J. C.

Influence de l'otite moyenne aiguë sur la respiration (*The influence of acute otitis media on the respiration*), par le Dr Ayner Macdougall, de Chesterfield.

L'auteur étudie l'influence de l'otite moyenne aiguë sur la respiration, et cite un intéressant exemple d'une femme malade d'un ulcère de l'estomac, chez laquelle on vit le nombre des mouvements respiratoires augmenter rapidement. On chercha la cause: on ne put la trouver que dans une otite moyenne aiguë qui s'était subitement déclarée. Dans cette observation, l'auteur fait remarquer : l'absence de douleur et de bruits subjectifs, chose rare dans l'otite moyenne aiguë.

Il recherche ensuite la cause de l'augmentation du nombre des respirations dans l'otite moyenne. Il la trouve dans les rapports intimes qui existent entre le glosso-pharyngien et le nerf vague. (*Edinburgh Med. Journ.*, sept. 1884.)

J. C.

De l'épistaxis; diagnostic local et traitement, par le Dr Calmette.

Passant en revue les principaux travaux publiés sur l'épistaxis par Michel, Leferts, Voltolini, Chiarilk, etc., le Dr Calmette conclut que l'épistaxis habituelle reconnaît pour cause : 1° Dans un petit nombre de cas (au moins 3 jusqu'ici) une petite tumeur caverneuse du méat moyen ou du méat inférieur, dans tous les autres cas (au nombre de 30) une érosion qui siégeait une fois sur le plancher de la cloison, 29 fois sur la partie antéro-inférieure; 57 fois dans une seule narine et deux fois dans les deux.

Pour arrêter le sang, il suffit donc d'introduire dans la narine qui saigne un tampon d'ouate et de pincer le nez; pour amener une guérison définitive, le médecin promènera sur la cloison un crayon de nitrate d'argent, s'il n'est pas familiarisé avec la rhinoscopie; il est des cas toutefois où elle est indispensable. (*Gazette médicale de Paris*, 10 mai 1884.) J. C.

Trois observations d'épistaxis (*Three illustratives cases of Epistaxis*), par le Dr J. Solis-Cohen.

L'auteur rapporte trois cas intéressants d'épistaxis.

Dans le premier, il s'agit d'un homme de cinquante-deux ans, atteint d'abondantes hémorrhagies des fosses nasales, qui nécessitèrent le tamponnement. L'auteur, recherchant la cause de ces épistaxis, enleva, soit avec les pinces, soit par les pulvérisations un nombre considérable de petits corps noirs qui paraissaient être des escarbilles. Après un mois de traitement le malade guérit.

Dans le second cas, il s'agit d'un enfant de quatorze ans, atteint de fréquentes épistaxis. Le traitement par l'ergotine ne donna aucun résultat. Elles étaient produites par de petites ulcérations, siégeant à gauche près de l'angle antéro-inférieur de la cloison. Il les traita par l'aconit à l'intérieur, et les applications locales de nitrate d'argent. Guérison.

Le troisième, porte sur une jeune fille de vingt-quatre ans.

Une épistaxis s'était déclarée fort abondante; on n'en put découvrir la cause dans les fosses nasales: Mais les règles qui auraient dû survenir le jour précédent n'avaient pas encore paru. Persuadé qu'il s'agissait d'une épistaxis supplémentaire, l'auteur ne fit aucun traitement, et le jour suivant l'hémorrhagie disparut (*The Polyclinic*, 15 septembre 1884). J. Ç.

Coryza vasomoteur périodique (asthme des foins) chez le nègre (*Coryza vasomotoria periodica, hay asthma, in the negro*), par le Dr John Mackensie.

Les auteurs avaient nié l'existence de la fièvre de foin chez le nègre, et en faisaient un argument au sujet de l'influence de la race dans l'étiologie de cette affection. Mackensie rapporte un cas de fièvre de foin qu'il a eu l'occasion d'observer et de traiter à sa clinique. Nous ne voulons pas résumer ici cette observation fort détaillée; qu'il nous suffise de dire que le malade présentait tous les signes de la fièvre des foins à forme asthmatique.

L'auteur ne croit pas à l'influence de la race, de l'éducation, sur l'étiologie de la maladie. Il admet jusqu'à un certain point l'influence de l'hérédité. Les agents producteurs de l'affection sont multiples et fort différents les uns des autres. Il croit être en mesure d'affirmer que la cause excitante produit son effet : 1° Par une irritation réflexe directe ou indirecte sur des nerfs sensitifs de la muqueuse nasale; 2° Par une excitation de l'odorat; 3° Une simple association d'idée ou une émotion quelconque, peuvent produire le même résultat. Le pollen est simplement une des causes d'excitation, et l'auteur pense qu'il est des cas où son action est des plus faibles, pour ne pas dire nulle, dans la production de la maladie.

Dans la race noire, l'exquise sensibilité de l'odorat, le développement considérable des cornets doivent le prédisposer à la maladie et à des paroxysmes plus violents que chez les autres individus, lorsqu'ils se trouvent en puissance des causes prédisposantes de l'affection (*The Med. Record*, 18 octob. 1884).

J. C.

Bordeaux. — Impr. Nouv. A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, in-8, 16 pages .... 1 »

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*, in 8°, 15 pages avec figures en noir .... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic*, in-8°, 108 pages avec des figures en noir .... fr. 3 50

J. Baratoux. — *De l'Électrolyse ou de la Galvanocaustique de la Trompe d'Eustache*, in-8° 12 pages .... fr. » 75

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaire, lingual et pharyngien*, in-8, 5 pages.. » 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix*, in 8°, 16 pages .... fr. 1 25

Delie, d'Ypres. — *Hoquet et spasmes pharyngo-laryngés*, in-8°, 24 pages........ 1 50

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille*, in-8°, 24 pages........ 1 50

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx*, 22 pages avec des figures en noir........ fr. 1 25

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, in 8°... fr. 1 25

H. Guinier. — *Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx*, in-8, 17 pages........ fr. 1 25

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier*, in-8°, 18 pages........ fr. 1 25

Th. Hering. — *De l'emploi de l'Acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx*, in-8°, 20 pages .... fr. 1 25

Th. Hering. — *Des corps étrangers égarés dans le larynx et l'œsophage* in-8° 16 pages.fr. 1 25

Joal. — *De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie*, in-8°, 40 pages........ fr. 1 50

Joal. — *Etude sur les fluxions de la muqueuse laryngée*, in-8° 40 pages....... fr. 1 75

E. J. Moure. — *Étude sur les Kystes du Larynx*, grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte........ fr. 3 50

E. J. Moure. — *Recueil clinique sur les Maladies du Larynx*, grand in-8° de 108 pages, avec figures en noir dans le texte........ fr. 3 50

E. J. Moure et J. Baratoux. — *De l'emploi du Chlorhydrate de cocaïne*, in-8°, 8 pages........ » 50

Schiffers. — *Contribution à l'étude du Cancer du larynx*. In-8° 20 pages. 1 25

Pour recevoir l'un de ces ouvrages il suffit d'en adresser le montant au Bureau de la REVUE ou à l'Editeur

SOMMAIRE

N° 4. — Avril 1885.

Travaux originaux

Sociétés savantes

Revue générale, Analyses

Index Bibliographique

Voir au verso les communications annoncées pour la réunion générale de la Société française d'Otologie et de Laryngologie.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

La Société française d'Otologie et de Laryngologie tiendra sa session générale les 2, 3 et 4 avril 1885, à la mairie du 1er Arrondissement de Paris, place Saint-Germain-l'Auxerrois.

COMMUNICATIONS :

1° M. Menière (Paris) : Surdité causée par les oreillons.— 2° M. Paul Koch (Luxembourg) : Sur le Sarcome du corps thyroïde. — 3° M. Garel (Lyon) : Abcès aigu rétro-laryngien avec pneumonie double. — 4° M. Gellé (Paris) : Valeur de l'épreuve des pressions centripètes ; Réponse aux critiques de Politzer.— 5° M. Delie (Ypres) : Sur un cas de Syphilis tertiaire tardive du larynx. — 6° M. Bayer (Bruxelles) : Sur un cas de Kystes osseux nasaux. — 7° M. Moure (Bordeaux) : Du pronostic et du traitement de la Rhinite atrophique ou ozène. — 8° M. Moure : Sur un cas d'Aphonie simulée et sur un cas d'Aphonie nerveuse chez un enfant. — 9° M. Moura (Paris) : Rôle du muscle thyro-cricoïdien antérieur. — 10° M. Moura : Nature musculaire du ligament suspenseur de l'isthme du corps thyroïde. — 11° M. Baratoux (Paris) : Sur la Syphilis de l'oreille externe. — 12° M. Noquet (Lille) : Sur un cas de Syphilomes des conduits auditifs. — 13° M Senac-Lagrange (Cauterets) : États laryngiens rentrant dans les cas d'atonie laryngienne, d'irritation et de catarrhe. — 14° M. Urban Pritchard (Londres) : Démonstration microscopique du limaçon chez les mamifères et les oiseaux.— 15° M. Delie (Ypres) : Deux cas de corps étrangers de l'oreille. — 16° M. Noquet (Lille) : Deux corps étrangers de l'oreille. — 17° M. Duhourcau (Cauterets) : Contribution à l'étude des corps étrangers de l'oreille. — 18° M. Duhourcau : Phymie laryngée, eaux sulfureuses et trachéotomie. — 19° M. Massei (Naples) : La cocaïne et la chorée du larynx. — 20° M Max-Schæffer (Brême) : Sur l'aluminium acético-tartaricum et l'aluminium acético-glycérinatum. — 21° M. Boucheron (Paris) : Phosphènes et bourdonnements.

Jours et heures des Réunions :

Jeudi à 8 heures du soir. — Vendredi à 8 heures du soir. — Semedi à 9 heures du matin. Samedi à 7 h. 1/2 du soir banquet.

Pour le Comité : *Le Secrétaire,*

Dr Boucheron.

Paris, 24, rue du 4 Septembre.

6e Année. N° 4. 1er Avril 1885.

INCONVÉNIENTS DES INJECTIONS FORCÉES DANS L'OREILLE EXTERNE.

Par le Dr C. Miot.

La plupart des praticiens donnent le conseil d'employer les injections forcées, dans le but de chasser au dehors un corps étranger renfermé dans l'oreille externe.

Généralement, ces irrigations ne produisent aucun effet fâcheux, puisque le tympan est assez résistant pour se rompre seulement sous la pression d'une colonne de mercure de 146 à 160 centimètres de hauteur; mais, dans certains cas, la membrane a subi des modifications pathologiques qui ont diminué sa résistance, et il n'est pas prudent d'agir avec force quand il est impossible de la voir convenablement, et de pouvoir juger de son état.

Les injections forcées peuvent déterminer la rupture brusque du tympan, produire des lésions dans la caisse et le labyrinthe avec retentissement sur l'état général, comme le prouve l'observation suivante à laquelle nous pourrions en ajouter six autres moins complètes, il est vrai.

Le 2 février 1883, je suis appelé par un de mes distingués confrères, le Dr Bourgeois, pour examiner une de ses malades, alitée depuis 15 jours. En voici l'historique : Mademoiselle X..., 35 ans, nervoso-lymphatique, bien réglée, n'a jamais eu aucune affection grave. Dans son enfance, beaucoup plus que maintenant, elle a été sujette à des rhinites et à des maux de gorge, et elle est affectée, depuis son jeune âge, d'une surdité très prononcée de l'oreille gauche, déterminée par un catarrhe purulent avec destruction de la plus grande partie du tympan, qui persite encore tantôt très faible, tantôt assez abondant et odorant. Cette malade, tourmentée depuis 2 ans par des maux de tête fréquents qu'elle attribuait à l'otite moyenne purulente, consulte, au mois d'août 1882, un spécialiste qui prescrit un traitement, et examine,

quelques jours après, l'oreille droite dans laquelle il reconnaît la présence d'un amas de cérumen n'oblitérant pas la lumière du conduit, puisque la malade entendait bien de cette oreille. Il fait pratiquer, séance tenante, une injection forcée et assez abondante d'eau tiède dans cette oreille. Immédiatement après, la malade a un étourdissement qui dure 5 minutes environ, un bruissement persistant, des douleurs continues, et de la surdité. Quelques jours après, ces douleurs deviennent intermittentes sous l'influence d'instillations répétées d'huile d'amande douce tiède. Au bout de 8 jours, il survient un écoulement purulent de l'oreille droite, et la surdité devient plus complète que du côté gauche.

A partir de cette époque, la malade a un état vertigineux continuel. Elle marche difficilement et tomberait en avant si on ne la retenait pas. Elle penche, malgré elle, la tête sur l'épaule droite, et ne peut pas la tenir dans la position horizontale. Elle a peu de force dans la main et la jambe droite, de telle sorte qu'elle a de la peine à développer un effort musculaire avec ces membres, comme par exemple se moucher ou se tenir sur la jambe. Elle entend des bruits divers comme ceux d'une sonnette ou d'une chute d'eau, ou des dzim ou des battements, ou des voix humaines. Ces bourdonnement sont continuels, et changent parfois de timbre d'une minute à l'autre. Ils ont augmenté beaucoup et ont acquis peu à peu une intensité fort grande. En proie à des rêvasseries, à de l'insomnie, cette malade est devenue très nerveuse. Elle pleure sans rime ni raison. Mille idées noires l'obsèdent et elle se complaît dans l'idée de suicide qu'elle mettrait à exécution si les personnes de son entourage ne la surveillaient pas continuellement, et ne faisaient de grands efforts pour l'en détourner en essayant de la distraire.

L'état général s'est profondément altéré sous l'influence d'une inappétence absolue avec gastralgie, vomissements très fréquents, de telle sorte qu'un mois après l'accident, l'anémie est très prononcée.

Le jour de notre premier examen, cette malade est couchée dans son lit, la figure pâle, fatiguée, amaigrie. Ellle peut à peine se tenir assise sur son séant le dos et la tête appuyés, et a une syncope après être restée pendant quelques secondes dans cette position. Lorsque la syncope est passée, nous nous contentons de maintenir seulement la tête un peu relevée au moyen d'un coussin, afin de pratiquer plus facilement l'otoscopie.

Perc. crân.......................... 0 d. 0
A la montre........................ 0 g. 0
Acuité aud. 0 d. 0 à la montre. De près. Voix forte.
0 g. — — —

Oreille droite. — Après avoir enlevé le pus renfermé dans le conduit auditif externe droit, on aperçoit, à la partie supérieure du tympan droit, des bourgeons charnus rougeâtres, mous, saignant au moindre contact. Quelques scarifications y sont pratiquées pour produire un écoulement sanguin capable de diminuer l'hypérémie locale et trop peu abondant ponr affaiblir encore la malade.

Oreille gauche. — Le tympan gauche est détruit à l'exception des parties les plus périphériques. L'insufflation d'air par le procédé de Politzer permet de constater l'existence d'une perforation tympanique droite siégeant au niveau des bourgeons charnus, c'est-à-dire au-dessus de l'apophyse externe.

Cette malade ne pouvant digérer que quelques tisanes, nous prescrivons avec M. Bourgeois le traitement suivant :

1° Lait froid et plutôt glacé. Dans quelques jours le prendre sous toutes les formes à la volonté de la malade; 2° lavements laxatifs; 3° instillations d'eau tiède toutes les heures; elles seront prolongées pendant 5 ou 6 minutes au moins.

Le 4 février. — Nous revoyons la malade qui a bien supporté le lait et constate une amélioration générale. Scarifications des granulations. Ecoulement sanguin.

1° Même traitement; 2° pratiquer une instillation de ce liquide tiède dans les oreilles, matin et soir, après avoir injecté très doucement une petite quantité d'eau tiède un peu salée; 3° quelques toniques et quelques aliments.

N° 1 :	Borax..................	50 centigr.
	Eau, glycérine...........	a a 10 gr.

19 février. — La malade éprouvant une amélioration sensible, M. Bourgeois lui conseille d'aller à ma clinique. Elle y vient en voiture et monte péniblement l'escalier avec l'aide de deux personnes tant la faiblesse est grande et l'état vertigineux prononcé.

Traitement. — 1° Excision de la plus grande partie des bourgeons charnus, syncope; 2° injection d'eau tiède faite doucement dans l'oreille et instillation du liquide tiède n° 1 trois fois par jour.

21 février. — Examen des urines, ni sucre, ni albumine, beaucoup de sels.

Les bourdonnements ont diminué, mais reviennent encore à des intervalles plus rapprochés et sont plus forts la nuit que le jour.

Traitement. — 1° Douze pointes de feu à la région mastoïdienne; 2° injection d'une sol. de sulf. d'alumine au 50e et insufflation de vapeur balsamique dans la caisse droite, tous les deux jours; 3° instillation de ce liquide tiède dans l'oreille, deux à trois fois par jour :

N° 2 :	Sulf. d'alumine..................	1 gr.
	Eau dist.....................	40 —

26 février. — Suppuration peu abondante. Excision d'un petit bourgeon charnu. Même traitement.

2 mars. — Étourdissements. Vertiges. Marche oblique de gauche à droite. Tête penchée à droite.

Traitement. — 1° Douze pointes de feu à la région mastoïdienne; 2° instill. de la solution n° 1; 3° vin de quinquina; 4° pil. d'iodure de fer.

5 mars. — Suppuration faible.

Traitement. — 1° Même traitement général; 2° acide borique pulv. dans le conduit. Pas d'injection.

7-9 mars. — Suppuration tarie.

11 mars. — Audition mauvaise, probablement à cause de la poudre qui obstrue en partie le conduit. État général satisfaisant.

Traitement. — Injections sous-cutanées d'ergotine à la région mastoïdienne pour diminuer la congestion de l'oreille interne. On fera sept à huit injections.

9 avril. — On a cessé de pratiquer des injections d'ergotine parce qu'elles étaient très douloureuses et que la dernière avait produit un petit phlegmon. Mauvais état moral. État nerveux prononcé. Audition moins bonne. Un peu de suppuration.

Traitement. — 1° On touche avec le galvano-cautère un petit bourgeon charnu, développé sur la face muqueuse du tympan, près de la perforation tympanique; 2° instillation d'eau tiède pendant deux jours, puis de la sol. n° 1, trois fois par jour.

16 avril. — Bourdonnements plus forts depuis deux jours.

Traitement. — 1° Instillation du liquide n° 2; 2° injection sous-cutanée de six gouttes de cette solution :

Azot. de pilocarpine..................	20 centigr.
Eau dist. de laurier cerise............	10 gr.

Moins de bourdonnement un peu après l'injection. On fera 12 à 15 injections, une tous les deux jours.

26 avril. — Suppuration tarie.

Perc. crânienne : Cr. dr. 1, 0; 2 as, b; 3, 4, 5, 0 (*).
A la montre : Cr. gr. 0.
Ac. aud., O. d. 0, à la montre; 1 mètre p. v, moy.
— O. g. 0, — 50 cent. —

Les bourdonnements n'existent plus, mais reviennent de temps en temps.

La malade est souvent tourmentée par l'idée de suicide. Son état général est meilleur. A partir de cette

(*) 1 région front. 2 r. tempor. front. 3 r. temporale. 4 r. pariétale. 5 r. mastoïdienne.

époque, la malade vient de temps en temps. On lui prescrit : 1° exercices au grand air, alimentation tonique ; 2° une insufflation par le procédé de Politzer une fois ou plusieurs fois par semaine ; 3° porter un petit bourdonnet de coton dans chaque oreille.

10 juillet 1884. — L'audition s'est un peu améliorée. La malade se porte très bien et s'occupe activement de sa maison de commerce. Elle est encore affectée de bourdonnements qui ont parfois assez de violence, et n'a pas complètement abandonné l'idée de suicide, bien qu'elle réagisse fortement contre elle.

Le côté droit du corps est peut-être moins vigoureux que l'autre.

Perc. crân. : Cr. dr. faible.
A la montre : Cr. g. 0.
Ac. aud : O. dr. contact à la montre ; 1 m. p. voix moy.
— : O. gr. 0. — 50 centim. —

4 décembre 1884. — L'écoulement est revenu trois fois depuis un an. Il n'existe plus depuis quatre mois.

Perc. crân. d. ; Cr. dr. b. excepté à l'ap. mast.
A la montre :
Ac. aud : O. d. contact, montre, p. v. moy. 1 mètre.

La malade est toujours affectée de bourdonnements qui varient de nature et d'intensité, mais sont généralement très supportables.

Réflexions. — Cette injection forcée a eu des conséquences graves, puisqu'elle a compromis pour toute la vie les fonctions de la bonne oreille.

Cependant on devait agir avec prudence, connaissant le tempérament lympatique et l'existence du catarrhe purulent de l'oreille gauche, car on sait que quand un catarrhe purulent affecte depuis longtemps une oreille, il n'est pas rare de constater des modifications pathologiques du tympan de l'oreille saine ou prétendue telle. C'est ce qui existait dans ce cas. Il y avait certainement des modifications pathologiques, parce que nos rensei-

gnements nous ont permis d'apprendre de la malade et des personnes de son entourage qu'elle entendait bien, mais n'avait pas l'ouïe excessivement fine.

Le courant d'eau dirigé violemment dans le conduit a déterminé la rupture de la partie supéro-postérieure du tympan et a pénétré dans la caisse où il a causé une otite moyenne aiguë. Les lésions du labyrinthe, qui sont venues compliquer l'affection de l'oreille moyenne, ont été déterminées par l'ébranlement de l'organe et par l'extension du processus inflammatoire.

L'hypérémie vive du labyrinthe avec apoplexie sanguine faible qui s'est produite rapidement ne me paraît pas douteuse pour les raisons suivantes :

1° La perception crânienne à la montre est restée longtemps nulle ou faible et est revenue à peu près aussi bonne que de l'autre côté ;

2° Il y a eu des bourdonnements divers, qui ont eu beaucoup de ténacité et existent encore ;

3° Des vertiges et un état vertigineux continuel ont persisté pendant longtemps, mais il n'y a pas eu de chute sans connaissance comme si la malade était frappée d'apoplexie.

La démarche de la malade est restée incertaine pendant moins longtemps que dans la maladie de Ménière. Il y a eu de la tendance à faire une chute en avant, mais hors ce symptôme, indiquant une lésion des canaux demi-circulaires, il n'y en a pas eu d'autres.

Cette affection compromettant les fonctions de la seule oreille qui lui permettait de diriger facilement sa maison de commerce a eu pour conséquence de développer des symptômes psychiques graves, comme l'idée de suicide, qui ne l'a pas complètement quittée, de telle sorte qu'on est en droit de se demander si elle ne la mettra pas un jour à exécution.

En terminant ces remarques, nous tenons à attirer l'attention sur des réflexes très marqués qui auraient pu en imposer pour une affection des centres nerveux, c'est-

à-dire un affaiblissement des membres du côté droit. Telles sont les réflexions que nous a suggérées l'observation de cette malade et d'autres moins gravement atteints. Nous espérons qu'elles profiteront à nos confrères.

NÉCROSE DU TEMPORAL

Par le Dr J. Baratoux.

L'observation que je rapporte a pour but de montrer qu'une otorrhée avec carie et nécrose du rocher, ne détermine pas toujours des troubles du côté du cerveau, même quand c'est la partie supérieure du conduit ou de la caisse du tympan qui est atteinte par l'affection.

En effet, nous avons observé récemment une enfant de dix-huit mois, dont le père et la mère sont bien portants, et ne paraissent avoir eu aucun accident syphilitique. De cinq enfants, trois sont actuellement vivants, les deux premiers paraissent avoir succombé vers l'âge de sept à huit mois à une méningite ; les deux derniers sont lymphatiques ; la troisième, qui fait le sujet de notre observation a eu, à l'âge de six mois, une kératite double et une ostéo-périostite des rebords orbitaires inférieurs qui s'est terminée par des abcès ayant laissé une cicatrice. Lorsque cette suppuration a cessé, l'enfant avait seize mois.

Quinze jours après, la mère s'est aperçue que l'oreille gauche coulait, ce qui a fait dire à son médecin que c'était un bon signe, puisque l'humeur sortait par l'oreille.

Cet écoulement est venu sans douleur, sans fièvre. Huit jours après, gonflement assez prononcé derrière l'oreille gauche. Alors pendant trois jours, l'enfant a eu la fièvre, la peau brûlante, peu d'appétit, soif vive, douleurs très prononcées au niveau de la région mastoïdienne, jusqu'au moment où la tumeur s'est ramollie et a laissé s'écouler le pus par deux endroits.

Le pus est sorti en grande abondance par les deux orifices ainsi que par le conduit auditif externe.

C'est le 18 octobre 1884 que je vois la malade, c'est-à-dire deux mois et demi après le début de l'écoulement.

L'oreille droite est remplie de pus, mais il ne paraît pas couler au dehors, car la mère ne s'en est pas aperçue.

Quant à l'oreille gauche, l'écoulement est tellement abondant que plusieurs injections peuvent à peine nettoyer le conduit. On aperçoit alors une saillie considérable de la paroi supérieure, qui proémine dans le conduit au niveau de sa partie osseuse. Les deux parois se touchent presque. Il est absolument impossible de voir une partie du tympan.

A la région mastoïdienne, il existe une large surface ulcérée, saignante et végétante, laissant s'écouler du pus par plusieurs orifices.

L'introduction d'un stylet dans l'un deux, nous fait sentir, à quelques millimètres, un corps mobile. Les cris de l'enfant nous empêchent de pousser plus loin l'exploration.

Nous conseillons des injections boriquées fréquentes dans l'oreille et des compresses d'eau, d'alcool et d'acide borique sur la plaie de la région mastoïdienne.

Le lendemain, la mère nous apporte un paquet osseux qui est sorti par l'orifice inférieur de la plaie mastoïdienne. Vingt minutes après, le trou qui avait donné issue à cet os était fermé.

En effet, quand nous voyons l'enfant le surlendemain, la plaie avait changé d'aspect; la tumeur saillante s'était affaissée, et huit jours après n'existait plus qu'un petit orifice de 2 millimètres à peine de diamètre par lequel nous faisions les injections qui sortaient en partie par le conduit externe.

La paroi supérieure est toujours affaissée, cependant elle ne touche pas complètement la paroi inférieure; un stylet peut y passer, ainsi que l'eau des injections.

L'ouïe ne paraît pas bien altérée des deux côtés.

L'os a une forme à peu près prismatique. Il mesure 15 millimètres de haut et 3 centimètres de circonférence à sa partie la plus large.

Aujourd'hui, il y a plus d'un mois que l'os est sorti, et l'enfant allait bien mieux lorsqu'elle a été prise d'une bronchite pour laquelle elle est entrée dans le service de M. le Dr Ollivier, à l'Enfant-Jésus. Elle a eu, nous a dit l'interne du service, quelques vomissements à son entrée, mais depuis elle ne semble pas avoir aucun phénomène du côté du cerveau et des méninges (1).

J. BARATOUX.

GOMME SYPHILITIQUE INFILTRÉE DE LA MOITIÉ GAUCHE DU LARYNX

par J. CHARAZAC, chef de clinique du Dr E. J. MOURE.

On sait que la syphilis peut se manifester dans le larynx à ses différentes périodes, secondaire et tertiaire. A la période secondaire on observe soit de l'érythème des cordes vocales, soit des plaques muqueuses, tandis qu'à la période tertiaire, les lésions syphilitiques se manifestent le plus souvent sous la forme de gommes. Considérées au point de vue de leur siège, les gommes développées dans le larynx peuvent se diviser en gommes extra-laryngées qui occupent l'épiglotte, ses replis, le sinus pyriforme, la base de la langue, la partie supérieure de l'œsophage (partie inférieure du pharynx); et gommes intra-laryngées développées dans l'intérieur même de cet organe, ou au-dessous, dans la trachée.

Ces dernières lésions sont assez rares et la littérature médicale n'en renferme qu'un nombre assez restreint.

(1) L'enfant nous est ramené vers le 15 janvier. Nous constatons derrière le pavillon une large ouverture, de dix à douze millimètres de diamètre et de trois centimètres de profondeur. Le rocher n'existe plus; on voit les membranes de la base du cerveau. Quatre jours après l'enfant succombe. Pas d'autopsie.

Aussi bien que les gommes du larynx aient été récemment l'objet d'un travail de la part de M. le Dr Latouphis (1), le dernier mot ne nous paraît pas dit à ce sujet, et nous croyons que les praticiens feront œuvre utile en publiant les faits qu'il leur aura été donné d'observer.

L'histoire des gommes du larynx, comme au reste de la plupart des maladies de cet organe est de date récente, et c'est depuis que la laryngoscopie est entrée dans le domaine de la pratique médicale (Czermack, Turck) que les gommes du larynx ont été étudiées d'une façon scientifique. Avant cette époque l'autopsie seule en avait révélé l'existence.

Ainsi que dans le pharynx et les autres organes, les gommes peuvent se manifester dans le larynx sous deux formes : ou bien sous la forme de dépôts circonscrits, présentant la coloration rouge des parties voisines, quelquefois aussi une coloration jaunâtre; ou bien sous la forme d'infiltration diffuse des tissus. Leur structure histologique est la même que dans les autres parties du corps, il en est aussi de même de leur évolution : comme partout ailleurs elles peuvent passer de la période d'infiltration, à la période de suppuration et d'ulcération.

Les gommes syphilitiques du larynx paraissent plus fréquentes chez l'homme que chez la femme; sur cinq observations, rapportées par Morell-Mackensie (2), quatre s'étaient développées chez l'homme, une chez la femme; et sur neuf malades traités par le Dr F. Semon (3) pour des manifestations tertiaires de la syphilis au Saint-Thomas's Hospital, en 1882, on compte sept hommes et seulement deux femmes. Cette fréquence de la syphilis laryngée chez l'homme, serait-elle due, comme l'indiquent la plupart des auteurs, aux excès d'alcool et de

(1) *Gommes syphilitiques du larynx*. A. Parent, 1884.

(2) Morell-Mackensie, *Traité pratique des maladies du larynx*, trad. Moure et Berthier, p. 484.

(3) F. Semon, *The Throat departement of Saint Thomas's Hospital* in 1882.

tabac? Nous sommes très portés à le croire. Nous avons en effet observé, et bien d'autres avec nous, que les manifestations de la syphilis, tant secondaires que tertiaires sont beaucoup plus rebelles et se reproduisent plus facilement chez les fumeurs que chez les autres individus. Le traumatisme aurait aussi une influence sur la production des gommes laryngées (Latouphis), nous ne savons jusqu'à quel point cette dernière cause peut être admise et ne la signalons que pour mémoire. Nous avons cependant observé un cas de gomme syphilitique du genou, chez une malade atteinte en même temps de gomme syphilitique du larynx (1), la gomme cutanée était survenue à la suite d'une chute sur le genou.

Les gommes du larynx sont une manifestation tardive de la syphilis; on les observe le plus souvent dans les cas de syphilis invétérée. Rares dans les cinq premières années qui suivent la manifestation première de la maladie, elles sont surtout fréquentes, vingt et trente ans après l'apparition du chancre. La gomme syphilitique, avons-nous dit, peut passer de la forme infiltrée à la forme ulcéreuse, les symptômes, on le conçoit, seront différents suivant que la lésion présentera l'une ou l'autre de ces deux formes.

Dans le premier cas, les symptômes qui attirent tout d'abord l'attention du malade sont les troubles et modifications de la voix, qui présente une altération caractéristique; elle n'est pas voilée, éteinte comme dans la tuberculose laryngée, elle est rauque (*raucedo syphilitica, voix crapuleuse*). Ce caractère de la voix est surtout appréciable à la période secondaire de la syphilis. La toux présente les mêmes caractères que la voix, elle est rauque, croupale, assez peu fréquente, et ne survient pas par quinte. L'expectoration est peu abondante et se compose de mucosités visqueuses.

La plupart des auteurs s'accordent à noter le peu

(1) Voir la Revue, septembre 1884.

d'intensité de la douleur à cette période de l'infiltration gommeuse; les malades ressentent en effet plutôt une sensation de gêne et de raclement, à la gorge qu'une véritable douleur, ils font des efforts pour expectorer des mucosités qui souvent n'existent pas. Nous devons faire observer toutefois que cette règle n'est pas absolue : en dehors de la sensation de corps étranger, de la gêne à la déglutition, gêne particulièrement accentuée lorsque la lésion a envahi toutela région postérieure, les malades éprouvent parfois de véritables douleurs, prononcées surtout la nuit.

La gêne respiratoire, peu marquée au début, ne tarde pas à s'accentuer à mesure que les lésions font des progrès, et peut déterminer de véritables accès de suffocation et tous les symptômes de l'œdème de la glotte. L'infiltration inflammatoire œdémateuse du larynx n'est pas rare en effet dans les cas de gomme de cet organe, elle a été signalée par la plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet, citons entre autres Virchow, Ziemssen, Morell-Mackensie, Turck, Kaposi, etc. Ils font observer que les formes les plus graves d'œdème de la glotte peuvent se manifester à toutes les périodes de l'évolution des gommes dans le larynx, et Schech (1), dans son excellent travail sur les syphilomes du larynx, insiste sur la violence des symtômes inflammatoires qui parfois se développent à la première période de la production des gommes.

La gêne respiratoire, au reste, peut se rattacher à d'autres causes, l'infiltration gommeuse à elle seule détermine un gonflement des tissus assez notable pour rétrécir considérablement l'orifice glottique, elle peut en outre atteindre une ou les deux articulations crico-aryténoïdiennes et déterminer ainsi la raideur et même une immobilité de ces organes. L'ankylose de l'articulation

(1) Cité par F. Semon, *On some rare manifestations of syphilis in the larynx and trachea, the Lancet,* avril et mai 1882.

peut en être la conséquence ultime. C'est ainsi que Semon, dans son rapport sur les cas intéressants traités au Saint-Thomas's Hospital (1), cite trois cas d'ankylose crico-aryténoïdienne produits par la syphilis tertiaire, et dans lesquels la corde vocale correspondant à l'articulation malade avait la position cadavérique. Il en était ainsi dans un cas publié par nous et auquel nous avons déjà fait allusion plus haut (2). La corde vocale gauche immobilisée dans l'adduction ne s'écartait pas de la ligne médiane, la malade s'étant imprudemment exposée au froid, la corde vocale droite fut à son tour paralysée, il en résulta une gêne respiratoire considérable avec accès de suffocation qui nécessitèrent la trachéotomie.

Les résultats de l'examen laryngoscopique sont différents suivant que l'on a affaire à une gomme circonscrite, ou à une infiltration gommeuse des tissus. Dans le premier cas on constatera un gonflement de la région, produit par une tumeur rouge, ou légèrement jaunâtre, entourée par une muqueuse livide, infiltrée, jambonnée. Tumeur siégeant soit dans les replis ary-épiglottiques, soit dans toute autre partie de l'organe. Les gommes peuvent être multiples, tel le cas de Mandl (3), dans lequel on pouvait voir chez un nègre, atteint de syphilis grave du larynx, des gommes nombreuses de couleur gris-jaunâtre siégeant sur l'épiglotte et les bandes ventriculaires. On constate en outre de la rougeur des cordes vocales, qui peuvent être plus ou moins cachées par le gonflement des bandes ventriculaires et un œdème inflammatoire des parties voisines.

Les gommes circonscrites peuvent en outre déterminer un véritable renversement du ventricule, susceptible de persister longtemps après la résorption des produits de l'infiltration, comme dans un cas observé récemment

(1) Semon, *loc. cit.*, p. 32.

(2) Il n'y avait pas ankylose, mais simplement raideur articulaire, car l'articulation reprit plus tard son fonctionnement normal.

(3) *Maladies du larynx*. Paris, 1872, p. 700.

par M. le Dr Moure, et qui nous a été signalé par lui (1).

Ces sortes de néoplasmes peuvent aussi se présenter sous forme d'infiltration, analogue aux gommes en nappes signalées et décrites par M. le professeur Fournier sur la muqueuse du pharynx. L'infiltration est ou bien généralisée au larynx tout entier qui subit alors une déformation considérable et présente un gonflement à peu près uniforme de toutes ses parties, ou ellè est limitée à une moitié droite ou gauche de l'organe et être alors caractérisée par une tuméfaction diffuse, occupant les bandes ventriculaires, les cordes vocales, et aussi la région sous-glottique. Les replis ary-épiglottiques sont ordinairement respectés par les gommes, qu'elles soient diffuses ou circonscrites.

Nous avons récemment observé un cas d'infiltration gommeuse qui avait envahi la moitié gauche du larynx, cette observation, intéressante à plusieurs égards, nous paraît avoir ici sa place naturelle, et nous allons la rapporter :

Observation. — Mme L.... âgée de trente-neuf ans, ménagère, se présente à la clinique de M. le Dr Moure, le mardi 9 décembre 1884; elle se plaint d'un violent mal à la gorge ayant débuté depuis un an environ.

Sans antécédents héréditaires, elle n'a jamais été malade avant son mariage, qu'elle a contracté à l'âge de vingt ans. Un an après, elle eut un premier enfant qui mourut à l'âge de deux ans et demi de la dyssenterie, dit-elle, puis un second qui est mort du croup, et enfin un troisième mort trois semaines après sa naissance. Elle ignore la cause de la mort de ce dernier. Elle-même a toujours été bien portante, n'a jamais eu de maux de gorge, a toutefois perdu ses cheveux après une fièvre scarlatine. En somme, elle nie tout antécédent morbide pouvant se rapporter à la syphilis. Son mari, qui s'était toujours bien porté, a été, il y a deux ans, frappé

(1) Depuis lors le renversement du ventricule a disparu, la muqueuse ne fait plus saillie dans le larynx, mais elle est encore visible.

d'une paralysie due, probablement, à une gomme syphilitique, car, traité à l'hôpital par des frictions mercurielles et l'iodure de potassium, il en est sorti guéri.

C'est au mois d'octobre 1883 que la malade a ressenti les premières atteintes de la maladie qui l'amène à la clinique aujourd'hui. Au début, elle se plaignait simplement d'une gêne qui s'est rapidement accrue.

Elle éprouvait, à cette époque, une sensation de corps étranger de la grosseur d'une châtaigne, situé sur le côté gauche ; en même temps apparaissaient des douleurs vives ; surtout prononcée la nuit et lors des mouvements de déglutition, douleurs s'irradiant à l'oreille et à l'épaule gauche. La gêne de la déglutition est bientôt devenue si prononcée,. que la malade éprouvait la plus grande peine à avaler les quelques aliments qu'elle prenait sans goût, et en se forçant beaucoup. En même temps, survint la gêne respiratoire qui, elle aussi, a augmenté considérablement ; elle a eu, il y a six mois environ, du cornage. A cette époque, elle commença à tousser et à cracher des mucosités filantes, et se sentit quelque peu dégagée. Elle n'a jamais eu d'hémoptisie. La malade, lorsqu'elle vient nous trouver, a le teint pâle, anémié, elle a maigri considérablement, la voix et la toux sont rauques, l'auscultation des poumons ne donne aucun résultat, le murmure respiratoire est un peu affaibli, mais on n'entend pas de bruits anormaux, il n'existe ni gonflement ni ganglions cervicaux ; la palpation du larynx réveille une légère douleur.

A l'examen, le voile du palais et le pharynx présentent leur coloration normale. L'épiglotte est saine, L'orifice glottique, considérablement diminué, présente pendant l'inspiration la forme d'un triangle isocèle à sommet antérieur et à base postérieure ; ce triangle se déforme et disparaît pendant l'inspiration, mais non complètement en raison de la raideur de l'articulation crico-aryténoïdienne gauche et du gonflement qui s'oppose à l'écartement de la corde vocale. On constate un léger œdème du repli ary-épiglotique gauche, œdème moins prononcé à droite. Le côté droit du larynx est à peu près intact, sauf au niveau de la corde vocale inférieure qui

est tuméfiée et rosée. La région inter-aryténoïdienne est gonflée, bosselée, rouge de gauche à droite et présente une sorte de saillie tomenteuse inclinée ; à gauche, la bande ventriculaire, tuméfiée, présente une coloration rouge, jambonnée, le gonflement est assez considérable pour recouvrir presque complètement la corde vocale inférieure, qui est également rouge et tuméfiée. La muqueuse sous glottique est œdématiée et forme une saillie lisse et rouge qui apparaît au-dessous de l'orifice glottique. Pendant l'inspiration et la phonation, ce côté du larynx est à peu près immobile, il existe probablement une arthrite crico-aryténoïdienne. En résumé, tout le côté gauche du larynx est le siège d'un gonflement inflammatoire, surtout prononcé au niveau des bandes ventriculaires et du ventricule, et présentant tous les caractères des gommes interstitielles diffuses du larynx, Ce fut le diagnostic porté.

On donne à la malade un traitement tonique et du sirop de Gibert, deux cuillerées à bouche par jour aux repas.

Le 13 décembre la malade revient à la clinique : la corde gauche s'écarte bien mieux de la ligne médiane, la respiration est plus facile, la malade dit se trouver beaucoup, mieux, la voix et la toux sont à peine rauques.

Le 16 décembre, la corde droite redevient normale, elle est encore légèrement rosée, l'œdème sous-glottique est à peu près disparu, le triangle glottique expiratoire est beaucoup plus considérable et son angle aigu arrive jusqu'à la partie antérieure. La voix est encore enrouée, la malade avale plus facilement.

Le 20 décembre, la corde vocale droite est redevenue normale, il existe encore du gonflement de la bande ventriculaire droite. La respiration se fait bien, la malade avale sans peine. Au reste, son aspect extérieur est meilleur, son teint se colore, et l'appétit, depuis longtemps disparu, est revenu (1).

(1) La malade est revenue aujourd'hui (7 mars) à la clinique, le larynx est redevenu absolument normal, il existe cependant un léger état catarrhal des cordes vocales.

On voit avec quelle rapidité des lésions déjà anciennes ont cédé au traitement spécifique; l'orifice glottique qui présentait, ainsi que nous l'avons dit, l'aspect d'un fort petit triangle à sommet antérieur s'est, en l'espace de quinze jours, considérablement agrandi, et la respiration, de gênée qu'elle était, est devenue facile. A propos de cet aspect particulier de l'orifice glottique, nous croyons devoir faire observer, que de prime abord un observateur inexprimenté aurait pu croire à une paralysie de l'ary-aryténoïdien; mais l'erreur ne pouvait être de longue durée. Ce triangle, en effet, ne se formait que pendant l'expiration et disparaissait à peu près complètementpendant l'inspiration; au reste, l'état des autres parties du larynx ne pouvait laisser de doute au sujet de la nature de la lésion. Sous l'influence du traitement, nous vîmes en outre le triangle s'agrandir à mesure que le gonflement disparaissait et son angle aigu atteindre la partie antérieure des cordes vocales.

Lorsque le traitement spécifique ne vient pas enrayer l'évolution des gommes du larynx, elles arrivent, après un temps plus ou moins long, à la dernière période, elles se ramollissent, s'ulcèrent et suppurent, déterminant dans le larynx des délabrements considérables. Nous devons cependant observer que dans les gommes intra-laryngées, si l'on n'intervient, la mort peut survenir par asphyxie ou à la suite d'accès de suffocation, avant que la lésion ait eu le temps d'arriver à suppuration. Les signes subjectifs à la période de suppuration sont les mêmes pour la plupart qu'à la période d'infiltration, mais présentent une intensité plus grande. La douleur est surtout exagérée, elle se manifeste soit spontanément, soit lors des mouvements de déglutition, soit par la pression. La voix, toujours rauque, peut s'éteindre et le malade présenter une aphonie complète et souvent incurable; les troubles respiratoires deviennent plus marqués et présentent une intensité en rapport avec l'étendue des lésions, et aussi du gonflement inflammatoire des parties voisines

des ulcérations, et l'état de mobilité des cordes vocales. L'inspiration et l'expiration sont également gênées, sifflantes, il se produit du cornage et des accès de suffocation qui mettent en danger la vie du malade. L'infortuné, respirant à peine, se nourrissant mal (la douleur à la déglutition est, en effet, si vive, qu'il préfère s'abstenir de manger), l'infortuné, dis-je, maigrit et arrive parfois à un état de cachexie analogue à celui de la tuberculose laryngée à la troisième période. L'air expiré présente une odeur fétide, moins prononcée toutefois que dans le cancer du larynx.

L'examen laryngoscopique permet de constater l'état de l'organe, les ulcérations syphilitiques sont profondes, de forme irrégulière, étendues, à bords plus ou moins anfractueux, circonscrits par une aréole inflammatoire. Leur fond est souvent bourgeonnant. « L'ulcération produite par une gomme, dit Morell-Mackensie (1), est la plus profonde et la plus destructive de toutes, elle envahit souvent le périchondre. » On observe la nécrose des cartilages dont certaines parties peuvent être rejetées pendant la vie.

Le diagnostic des gommes du larynx à la période d'infiltration est ordinairement facile. On ne les confondra pas avec la laryngite plastique ou hypertrophique, on se guidera d'après la marche et la durée de l'affection, l'interrogatoire du malade. Dans la laryngite hypertrophique, l'épaississement de la muqueuse est généralisé, il n'en est pas de même ordinairement, dans les cas de gommes du larynx, de plus, il existe alors un état inflammatoire, qui fait défaut dans la laryngite plastique. D'après Gordon Holmes (2), l'hypertrophie de la muqueuse peut n'affecter qu'une partie seulement de l'organe vocal et, dans ce cas-là, le diagnostic peut présenter quelques difficultés, mais l'hésitation, si elle existe, ne sera jamais de longue durée.

(1) *Loc. cit.*, p. 491.
(2) *The Lancet*, 8, 15 et 22 nov. 1884.

Le diagnostic doit être fait avec la phtisie laryngée à la période catarrhale, les gommes syphilitiques paraissent avoir une prédilection marquée pour les replis thyro-aryténoïdiens, les aryténoïdes, les bords de l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques. La phthisie laryngée se manifeste surtout sur la région postérieure ; l'état œdémateux de l'organe, le catarrhe concomittant, la congestion de la région postérieure ne permettront pas l'erreur. Quant à la voix, nous empruntons au travail de M. le Dr Moure (1), les caractères différentiels de la voix dans les deux affections : dans la phymie laryngée la voix est éteinte, chuchotée, elle est rauque dans la syphilis.

A la période d'ulcération on pourrait confondre la syphilis avec le cancer du larynx, les caractères de la tumeur dans cette dernière affection, la fétidité de l'haleine, l'œdème dur des parties voisines du néoplasme éclaireront le diagnostic. Celui-ci doit surtout être fait avec la phtisie laryngée ulcéro-œdémateuse. La localisation des lésions, syphilitiques en un point circonscrit de l'organe vocal, leur siège indifférent sur l'épiglotte, les bandes ventriculaires ou tout autre point de la muqueuse, l'intégrité de la région postérieure du larynx, au moins d'un côté, seront autant d'éléments de diagnostic, dont il faudra savoir tenir compte. Enfin, dans les cas de tuberculose, l'examen des poumons qui présenteront en général des signes plus ou moins prononcés de cette affection, si le larynx est ulcéré sur une vaste étendue en même temps que l'interrogatoire du malade, permettront d'arriver à un diagnostic exact. Enfin le traitement spécifique dans les cas douteux sera pour ainsi dire la pierre de touche du diagnostic. Nous devons faire observer cependant que la coïncidence de la syphilis laryngée et de la tuberculose pulmonaire, peut

(1) E. J. Moure. *De la syphilis et de la phtisie laryngée au point de vue du diagnostic.* (D. p. 58 Delahaye, 1879.)

rendre le diagnostic des plus difficiles, et parfois même impossible ; surtout si l'on ne retrouve aucune trace des autres manifestations de la syphilis.

Le traitement des gommes du larynx sera celui de la syphilis; sous son influence on voit les lésions s'améliorer rapidement, le processus ulcéreux s'arrêter; mais dans ce dernier cas, il se produit parfois, dans l'organe vocal, des adhérences cicatricielles qui peuvent déterminer la sténose laryngée. Quelquefois, d'après Morell-Mackensie, le rétrécissement du larynx est dû à un pont membraneux jeté entre les deux cordes vocales (Poore Solis Cohen, etc.).

Pour conclure, nous dirons, en terminant ce travail, que les gommes du larynx comportent un pronostic variable : bénignes lorsqu'elles sont reconnues et soignées à temps, elles peuvent même à la période d'infiltration, déterminer des accès de suffocation qui amènent la mort du malade; plus graves encore au stade d'ulcération car alors, outre les accidents de la première période, il peut se produire, alors même que le processus ulcéreux s'arrête, des adhérences cicatricielles souvent très graves et empêchant à jamais le retrait de la canule si la sténose laryngée a nécessité la trachéotomie.

COMPTE RENDU
DU
CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES
(8e SESSION, COPENHAGUE 1884)

Section d'Otologie

Lundi 11 Août. — Séance du matin.

M. le Dr Wilh-Meyer (Copenhague), président du Comité préparatoire, salue l'auditoire dans un discours en anglais; il insiste surtout sur la nécessité de multiplier, autant que possible, les dissections de l'organe

auditif, principalement de l'oreille interne; ce serait un moyen important de donner à l'Otologie plus de garanties et de crédit. Après l'élection des présidents d'honneur et secrétaires, les travaux commencent, sous la présidence de M. le professeur Schwartze (Halle), par un discours de M. Ladreit de Lacharrière (Paris) sur **les différentes espèces de bruits subjectifs et leur traitement.**

Après quelques remarques générales sur la grande importance des bruits subjectifs, l'orateur cherche à les rattacher, d'après leur caractère, à des régions déterminées, et pour cela donne la classification suivante :

1° Bruits résultant de l'occlusion du conduit auditif et de la trompe d'Eustache. Ces bruits ont toujours un caractère d'uniformité et de continuité; on les compare au roulement des roues d'un moulin ou d'un tambour dans le lointain. L'orateur pense que ces bruits se produisent dans l'oreille et sont renforcés par l'occlusion des voies d'écoulement naturelles, en sorte qu'ils peuvent être perçus par le nerf acoustique;

2° Bruits dus à la pression exagérée du liquide labyrinthique par l'oreille moyenne sans lésion particulière de l'oreille interne. On compare ces bruits au murmure du vent dans le feuillage, à la voix d'une cascade; il leur assigne pour cause l'excès de pression sur la fenêtre ovale par l'affaissement du tympan, le raccourcissement du tenseur, le gonflement de la muqueuse de la caisse;

3° Bruits dépendant d'alteration ou de lésion particulière dans l'oreille interne; ils ont un caractère musical, ressemblent par exemple au sifflet d'une machine à vapeur, au son d'un instrument à corde, etc. L'orateur cite comme causes : la congestion, l'hémorrhagie, la dégénérescence graisseuse, les exostoses, etc., du labyrinthe;

4° Bruits qui surgissent dans le voisinage de l'oreille (pseudo-subjectifs); ils sont dus le plus souvent aux pulsations et l'orateur relève ici l'importance de la chlorose, de l'anémie, des maladies du cœur, etc.

M. le professeur Schwartze clôt la séance en remerciant **l'orateur.**

Mardi 12 Août. — Séance du matin.

Président : M. le professeur Doyer (Leyde).

M. le Dr Woakes (Londres) parle des **différentes espèces de bruits subjectifs et de leur traitement** (*on tinnitus aurium*).

L'orateur traite d'abord des bruits objectifs, ceux qui peuvent être entendus par d'autres que les malades ; il cite ici trois des cas précédemment publiés (Holmes, Burnett, Todd) et en ajoute un quatrième observé par lui ; il donne ensuite son opinion sur l'action normale de la trompe d'Eustache, opinion qui diffère notablement de celle admise d'ordinaire. Il termine en faisant remarquer que pendant l'acte de la déglutition, l'orifice de la trompe est plutôt fermé qu'ouvert.

Il donne ensuite quatre caractères principaux des bruits subjectifs, et les classe d'après les régions d'où l'on croit qu'ils proviennent.

Les bruits suscités dans le labyrinthe sont souvent pulsatifs et musicaux ; ils ont pour cause les altérations vasculaires, ou le changement de pression dans le liquide labyrinthique (se propageant de l'oreille moyenne), ou bien les exostoses. Le bourdonnement provenant de l'oreille moyenne n'a presque jamais un caractère pulsatif mais ressemble plutôt au gargouillement, ou le plus souvent il est ondulatoire (tidal) ; les causes en sont : présence de liquide, congestion, tremblement (spasme) des muscles de la caisse ; finalement aussi la respiration joue ici un rôle important. Voici la théorie de l'orateur sur ce point : quand on respire, l'air circule toujours suivant un rythme dans la trompe d'Eustache et l'oreille moyenne.

Si la muqueuse est normale il n'en résulte aucun bruit, mais si elle est gonflée, peu élastique et rude, il se produit un véritable phénomène, que le malade entend et compare au bruit d'un grand fleuve, à celui d'un torrent encaissé qui mugit. Les bruits provenant de l'oreille externe sont souvent le résultat d'une excitation réflexe du tenseur du tympan.

Ici encore, le caractère est ondulatoire. En terminant, Woakes parle sur l'importance de l'anémie générale, des anévrysmes, de l'exophthalmos, des remèdes divers, etc.

Le Dr Meyer (Copenhague) communique un cas de bourdonnement subjectif isochrone avec le pouls, il pense que le bruit était dû à l'influence d'un catarrhe de l'oreille moyenne sur une petite artère à courant anormal.

M. Ladreit de Lacharrière émet qu'il s'agit peut-être ici d'une dilatation vasculaire.

Le Dr Rumbold (Saint-Louis) se déclare nettement l'adversaire de la théorie de M. Woakes sur l'importance de la respiration. Il convient que les muscles de l'oreille moyenne sont importants dans la cause du bourdonnement : il existe souvent une véritable paralysie agitante ; il émet, en outre, que les bruits réels entendus par le malade, dans un état morbide de l'oreille, peuvent avoir une influence décisive sur le caractère des bruits subjectifs.

Mardi 12 août. — Séance du soir.

Président : M. le Dr Ladreit de Lacharrière.

Le Dr B. Baginsky (Berlin) présente des préparations, qu'il explique en parlant des fonctions du limaçon, il fait surtout ressortir que ses recherches l'ont amené à une preuve expérimentale de la différence de fonctions entre la base et le sommet du limaçon : là, ce sont les notes élevées, ici les notes graves qui sont perçues ; en terminant, l'orateur traite de l'examen du labyrinthe et, à ce propos, demande une étude minutieuse au microscope.

Le Dr Boucheron (Paris) traite du sujet qu'il appelle **otopiésis pseudo-méningitique comme cause de la surdi-mutité des enfants** (1).

Une discussion assez vive s'engage à laquelle prennent part MM. Woakes, Ladreit de Lacharrière et B. Baginsky.

(1) Voir la *Revue*, nos 1 et 2, 1885. *(La Rédaction.)*

Jeudi 14 août. — Séance du matin.

Président : M. le Dr Boucheron.

Le Dr L. Salomonsen (Copenhague). **Remarques sur l'étiologie de la surdi-mutité et sur l'enseignement de sourds-muets, principalement en Danemark.**

L'orateur parle d'abord du nombre des sourds-muets dans les différents pays, puis mentionne les causes de cette affection. Il les classe en causes indirectes (mariages consanguins, hérédité, alcoolisme et fatuité des parents, rapports telluriques), et causes directes, surtout importantes au point de vue de la surdi-mutité acquise. En première ligne la fièvre scarlatine; l'examen anatomo-pathologique de la surdi-mutité a donné, en général, un résultat négatif. L'histoire des méthodes d'instruction, en Danemark, est alors rapportée et l'on distribue aux membres de l'assemblée des plans et dessins de l'institut de Frédéricia, le plus récent de ce pays.

Le Dr Ladreit de Lacharrière fait une communication sur la proportion des sourds-muets en France; il parle ensuite de la surdi-mutité acquise, maladies du pharynx, du cerveau, de l'oreille interne; il fait observer que l'organe de la phonation reste intact, tandis que la vue est souvent attaquée chez un grand nombre de sourds-muets (rétinite pigmentaire, affections scrofuleuses de la cornée); il parle en terminant de l'éducation en France.

Le Dr Mygge (Copenhague) supplée au discours de M. Salomonsen par des communications sur ses recherches spéciales touchant la question de consanguinité.

Jeudi 14 août. — Séance du soir.

Président : M. le professeur Lucæ (Berlin).

Le professeur Schwartze (Halle) parle **de l'ouverture opératoire de l'apophyse mastoïde** et fait surtout une exposition concise des indications, savoir :

1° Dans l'inflammation aiguë de l'apophyse mastoïde avec

rétention de pus dans les cellules, lorsque après le traitement anti-phlogistique et l'incision (Wilde), la tuméfaction œdémateuse, la douleur et la fièvre n'ont pas cessé ;

2° Dans l'inflammation chronique de l'apophyse avec abcès sous-périostaux ou fistules de l'apophyse, même quand il n'existe aucun symptôme menaçant la vie;

3° Lorsque l'apophyse étant saine extérieurement, il se trouve dans l'oreille moyenne des cholestéatomes ou de la rétention du pus, qu'on ne peut évacuer par les voies naturelles, quand se manifestent des symptômes rendant vraisemblable l'apparition d'une complication qui peut mettre la vie en danger, ou bien quand il s'est formé un abcès descendant vers la paroi postéro-supérieure du conduit auditif;

4° Lorsque l'apophyse étant saine extérieurement, il n'y a pas rétention de pus dans l'oreille moyenne, mais que l'apophyse est le siège et le point de départ de maux de tête insupportables et de longue durée, et que tous les autres moyens ont échoué.

L'orateur dit ensuite que l'opération est douteuse lorsque a lieu dans l'oreille moyenne une sécrétion de pus invétérée et incurable, et quand l'apophyse ne manifeste aucune inflammation, et qu'il n'y a aucun signe de rétention de pus dans l'oreille moyene. L'opération est contre-indiquée, quand il existe des signes de méningite secondaire, ou d'abcès cérébral.

Les conclusions de M. Schwartze sont les suivantes : 1° l'ouverteure de l'apophyse mastoïde, est un bon moyen pour guérir les affections morbides de l'oreille les plus graves et les plus dangereuses pour la vie ; 2° le danger de l'opération est peu considérable si on le compare à celui de la maladie que l'on a à traiter.

Suit une courte discussion, à laquelle prennent part MM. les Drs Vehmer (Frankfort-s.-O.), W. Meyer, Schwartze et Tidemand (Stavanger, Norwège).

Le Dr Meyer fait une série de communications historiques, très sérieusement compilées sur « le cas Berger. »

Vendredi 15 août.

Président : M. le Dr Keyser (Stockholm).

Le Dr V. Bremer (Copenhague) parle de l'importance des maladies de l'oreille, au point de vue de l'aptitude au service militaire.

Il fait surtout ressortir les lacunes qui existent dans les lois de conscription, au sujet des maladies de l'oreille. A cet effet, il a élaboré une pièce à l'appui de sa thèse, savoir : un extrait des arrêtés sur ce sujet dans les différents États. Il y ajoute une traduction française ; dans cette pièce se trouvent, en outre, les propositions de M. Delstanche au Congrès de Bruxelles, ainsi qu'une liste (dans les trois langues) des maladies de l'oreille, qui doivent être prises en considération particulière, pour déterminer l'aptitude au service militaire.

A la discussion qui suivit prirent part : MM. Ladreit de Lacharrière, Thaulow (Christiania, Norwège), Keyser, Schwartze, Bremer, Doyer, Meyer.

Sur la proposition de M. Meyer, on décide qu'il sera envoyé à MM. les délégués des divers pays une circulaire, dont voici la teneur :

« La section d'Otologie, s'appuyant sur les dites propositions, décide de demander à MM. les Délégués de vouloir bien faire leurs efforts auprès de leurs gouvernements pour que ceux-ci prennent note de ces propositions. Le but est d'établir dans les divers États l'uniformité des instructions sur les relations des maladies d'oreilles avec le service militaire. La section désire, en outre, que l'enseignement des maladies de l'oreille soit obligatoire pour les médecins militaires. »

Le Dr O. Bull (Christiania) fait ensuite une communication sur **les maladies nerveuses de l'oreille**. M. Bull dit que la proportion des maladies nerveuses de l'oreille, précédemment admise, était de 2 à 10. Depuis 1877, il a examiné environ 3,200 malades souffrant des oreilles, et parmi eux il a compté jusqu'à 3 p. 100 d'affections primitives du labyrinthe ; il pense que ce nombre serait plutôt inférieur que trop fort.

Sur 43 cas, il en a trouvé 34 dans lesquels on pouvait définir la cause de la maladie à savoir : bruits violents, consanguinité, chute sur la tête, syphilis. D'après Bull, les affections du limaçon, reliées aux maladies des canaux semicirculaires, seraient deux fois aussi fréquentes que les affections du limaçon seul.

Samedi 16 Août.

Employée à montrer des **instruments** envoyés par MM. le Dr Sexton (New-York) et le Dr Ch. **Delstanche** (Bruxelles) et présentés par les Drs Tryon et Victor Bremer.

M. le Dr W. Meyer adresse des paroles de remerciement et d'adieu à l'auditoire et clôt les travaux de la section.

Dr Victor Bremer.

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 26 *décembre* 1884.

Présidence du Dr P. Koch (*Suite et fin*) (1).

MM. Baratoux, Moure, Schiffers et Garel font une communication sur **l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans le pharynx, le larynx, le nez et les oreilles** (1).

M. Moura-Bourouillou est de l'avis de M. Moure, au point de vue de l'extraction des corps étrangers du larynx. Il est nécessaire que cet organe possède un certain degré de sensibilité pour réagir contre la chute des corps étangers.

M. Moura-Bourouillou a aussi remarqué que l'anesthésie change les conditions de vitalité de la muqueuse et que les moyens thérapeutiques locaux usités habituellement perdent alors leurs bons effets.

(1) Voir *Revue*, n° 3, mars 1885.

M. GARRIGOU-DESARÈNES a publié, le 15 décembre de cette année, dans la *Revue de Thérapeutique médico-chirurgicale*, une étude sur les premiers résultats qu'il a obtenus avec la cocaïne. Il vient de pratiquer ces derniers jours deux opérations d'amygdalotomie, après badigeonnages à la cocaïne. Ces opérations n'ont pas été douloureuses; mais ce qu'il y a eu de remarquable, c'est qu'il n'y eut pas d'hémorrhagie, et pour ainsi dire pas une goutte de sang dans l'un des deux cas.

M. BARATOUX. — Est-ce bien nécessaire d'anesthésier les amygdales pour une opération si peu douloureuse?

M. MOURA-BOUROUILLOU. — Il arrive parfois qu'on peut, chez certains enfants, enlever les amygdales sans occasionner ni douleur, ni perte de sang sensible.

M. GARRIGOU-DESARÈNES cite un cas de polype de la caisse où l'emploi de la cocaïne, tout en diminuant la douleur, laissait encore éprouver une sensibilité pénible au malade, qui lui fit préférer dans ce cas l'anesthésie locale par la pulvérisation de l'éther.

M. GELLÉ. — Cette discussion sur la cocaïne m'engage à vous parler d'un cas de cancer inopérable de la gorge, produisant de vives douleurs et l'impossibilité de déglutir. Dans ces conditions je fis au malade deux injections sous-cutanées d'une solution de cocaïne (0,25 pour eau 10 grammes) au niveau de la tumeur. Le malade a eu une accalmie de trente-six heures, pendant lesquelles il a pu boire et manger sans souffrir.

M. MOURE. — Le chlorydrate de cocaïne, d'après les nombreuses expériences faites à son sujet, paraît n'avoir qu'une action purement locale; dans le cas cité par notre honorable confrère, ce médicament semblerait avoir agi à distance. D'un autre côté, on sait que les injections sous-cutanées à l'eau distillée pure suffisent pour calmer parfois les douleurs des cancéreux et même guérir des névralgies rebelles aux autres traitements. Or, dans ce cas particulier, vu les doses mini-

mes de cocaïne employées et la durée de l'anesthésie obtenue, il faudrait peut-être faire encore quelques réserves à cet égard.

M. GELLÉ ne s'est pas proposé de produire un effet général, mais seulement un effet local. Il s'est inspiré des résultats, dont il avait été témoin, dans le laboratoire de M. Laborde, où de nombreuses injections sous-cutanées ont été pratiquées par ce physiologiste, chez des animaux divers.

Des troubles de l'ouïe par détonation d'armes à feu. — Contribution à l'étude de l'otopiésis des adultes, par M. BOUCHERON (Paris) (1).

M. GELLÉ. — Dans les observations que M. le Dr Boucheron vient de lire, et dans l'interprétation qu'il donne des troubles et des lésions, il me semble qu'il a confondu la *compression* avec la *commotion* labyrinthique; celle-ci, instantanée, passagère; celle-là, longue et susceptible, au dire de M. Boucheron, d'amener l'atrophie du nerf étendu sur la membrane basilaire, ce qui constitue l'otopiésis.

Si la commotion s'explique facilement, la compression doit être démontrée, et l'allégation d'une opinion est impuissante à le faire : il faut ici une preuve et non une interprétation. Je demande à notre honorable confrère de nous montrer, sur des pièces, la lésion, le déplacement de l'étrier, l'enfonçure de la membrane de la fenêtre ronde, qui causent la compression admise *a priori* par lui.

Pour ma part, dans la plupart des cas où il m'a été donné de trouver une atrophie des nerfs épanouis dans la lame spirale et sur la basilaire, je n'ai constaté que les lésions de la sclérose; l'ankylose de la platine ou l'épaississement de la fenêtre ronde; je n'ai jamais vu l'étrier enfoncé, comprimant le contenu labyrinthique.

Sur une pièce actuellement à l'étude, dans un cas de vertige de Ménière avec surdité, les lésions de la sclérose et la soudure de l'étrier ont été les seules lésions constatées dans la

(1) Sera publié.

caisse; tout le labyrinthe avait subi un commencement d'atrophie, mais les filets nerveux de la basilaire et ceux, qui du ganglion de Rosenthal (bien conservé), s'étendent aux organes de Corti, offraient bien nettement leur cylindre-axe et leurs noyaux. D'un autre côté, chez de vieilles sourdes, offrant les mêmes lésions de la caisse, j'ai trouvé tous les nerfs atrophiés, mais aucune trace de compression.

L'élément étiologique, la compression, base de la théorie de l'otopiésis, fait donc absolument défaut. J'ajouterai que j'ai le plus souvent trouvé les veines spirales développées et pleines de globules, ainsi que les plexus vasculaires du ligament spiral.

L'atrophie a été constatée une fois par M. Boucheron sur le chien sourd; à mon avis, cela ne suffit pas pour étayer une interprétation d'où l'auteur paraît vouloir tirer une théorie générale de la surdi-mutité.

M. Baratoux. — Je prierai M. Boucheron de nous dire quelle est la partie du nerf acoustique qui est lésée.

M. Boucheron. — Le nerf acoustique avait été coupé à la sortie des trous perforés, et l'organe de Corti avait disparu, laissant seulement quelques débris informes sur la lame basilaire.

M. Baratoux. — Dans ce cas, les filets nerveux devaient être dégénérés depuis le ganglion spiral; par conséquent, les filets qui parcourent la lame spirale, comme j'ai pu le constater sur une pièce provenant d'un sourd-muet mort dans le service de M. Maurice Ragnaud. Il y avait ici lésion même des trous, de la zone perforée et des nerfs, y compris le ganglion spiral.

Quant à la préparation présentée par M. Boucheron, j'ai été frappé de voir qu'il la considérait comme pathologique, tandis que je la regarde comme une préparation normale à laquelle manqueraient les organes de Corti, si délicats, si difficiles à préparer.

Au reste, si la préparation de M. Boucheron était patho-

logique, on ne verrait pas tous les nerfs sains jusqu'à leur sortie de la lame spirale, quelques-uns seraient atrophiés dans leur trajet, depuis le ganglion de Rosenthal jusqu'à la lame membraneuse. Il n'y aurait pas une section nette comme celle que nous avons observée.

M. le Dr Garrigou-Desarènes. — Je dirai quelques mots au sujet de ruptures tympaniques chez des ouvriers travaillant dans des cloches à plongeurs.

En 1867, on fit des travaux dans la Seine, à l'aide de cloches à plongeurs, pour réparer les piles du Pont-Neuf.

Il vint alors, en très peu de jours, à ma clinique, six ouvriers occupés dans les cloches à plongeurs, atteints de rupture tympanique. Ils m'expliquèrent, qu'au moment où l'on avait poussé de l'air dans la cloche avec la pompe, ils avaient ressenti une vive douleur dans les oreilles, puis de la surdité, et certains avaient perdu des gouttes de sang par le conduit auditif.

Quelques-uns, parmi eux, présentaient du catarrhe naso-pharyngien. Mais d'autres n'avaient absolument rien du côté du pharynx et des trompes d'Eustache.

Je les soignai ; les perforations guérirent toutes assez rapidement. Je leur conseillai, ainsi qu'à leurs camarades, de faire pendant leurs travaux, ce qui suit :

1° Tenir la bouche entr'ouverte ;

2° Manger des pastilles de réglisse ou de gomme (car ils avaient remarqué que leurs camarades qui chiquaient étaient à l'abri de cet accident), et faire bien souvent des mouvements de déglutition.

Ces conseils furent suivis, et les cas de rupture tympaniques furent parmi eux beaucoup plus rares, ainsi que me l'apprirent quelques-uns de ces travailleurs, car les travaux durèrent cinq mois.

Lorsque la compression du tympan, des osselets et du liquide labyrinthique par l'atmosphère, existe depuis plus ou moins longtemps, une obstruction des trompes d'Eustache occasionne des bourdonnements et parfois du vertige persistant.

Pour combattre ces troubles, je me suis bien trouvé de la raréfaction de l'air dans le conduit auditif.

Cleland, en 1741, était un médecin qui guérissait beaucoup de sourds en aspirant dans le conduit auditif des malades avec un tuyau de pipe. Moos, Lucæ, dans ces derniers temps, ont cherché à produire également cette aspiration sur le tympan.

Les appareils de Moos, Lucæ, sont également des tubes introduits dans le conduit auditif et pouvant malheureusement produire des ecchymoses du tympan. Le procédé que j'emploie est beaucoup plus simple et donne d'excellents résultats, sans exposer aux mêmes accidents. Je place sur l'oreille, tout autour du pavillon, une ventouse en caoutchouc et verre, de 4 à 5 centimètres de diamètre, avec un ballon de 18 centimètres de tour, sur 7 centimètres de hauteur.

Je la laisse plus ou moins longtemps avec une tension plus ou moins grande, selon les indications.

L'aspiration porte sur le pavillon, sur le conduit auditif externe et le tympan.

Je fais souvent coïncider cette application de la ventouse, avec les insufflations d'air dans la caisse, à l'aide du cathéter, et j'obtiens ainsi une amélioration notable. Beaucoup de gens affectés de catarrhe des caisses, éprouvent souvent un grand soulagement dans cette sorte de pesanteur de tête dont la plupart se plaignent; les bourdonnements et les vertiges cessent plus ou moins longtemps et parfois tout à fait; la douche d'air employée seule est impuissante à les soulager.

M. Moure considère comme ingénieuse la théorie de M. Boucheron, et admet la compression du labyrinthe, lorsqu'il y a raréfaction de l'air dans la caisse pendant un temps assez long. Mais dans les troubles auditifs par détonation d'armes à feu, il admet une commotion du nerf acoustique dépendant de l'intensité du son et il compare les troubles auditifs aux troubles visuels par éblouissement, lors d'un excès de lumière.

M. MENIÈRE présente une objection à la théorie du vide dans la caisse : c'est que dans certains cas les insufflations de l'air dans la caisse produisent de l'assourdissement et du vertige.

M. GARRIGOU-DESARÈNES répond que dans les conditions citées par M. Menière il s'agit encore d'une compression labyrinthique, mais par le mécanisme suivant : l'accumulation de l'air dans la caisse détermine une forte pression sur la fenêtre ronde et par conséquent sur le liquide labyrinthique.

M. BARATOUX. — La compression de l'étrier sur la fenêtre ovale refoule le liquide labyrinthique de la trompe vestibulaire à la rampe tympanique et à l'aqueduc de limaçon d'une part, et d'autre part la compression du canal cochléaire repousse le liquide jusqu'au sac endolymphatique contenu dans l'espace épi-cérébral au-dessus de la dure-mère. On doit donc tenir compte ici de la compression du liquide encéphalo-rachidien, c'est-à-dire qu'il faut s'engager dans la question traitée récemment à l'Académie de Médecine.

M. BOUCHERON. — M. Gellé ne voit pas les phénomènes de compression auriculaire ou d'otopiésis. Ils sont cependant très nets.

J'ai cité, dans le cours de ma communication, les effets de la compression de l'air à haute pression, sur l'organe auditif dans la cloche à plongeur. D'après les travaux de M. P. Bert, j'ai rappelé qu'il faut seulement, dans ces appareils, une pression de quelques centimètres de mercure, pour que l'oreille soit le siège de symptômes comme surdité, bourdonnements, vertiges, douleurs. Ces phénomènes auriculaires sont bien des phénomènes de compression, et de compression par l'air.

Voici d'autres expériences de compression auriculaire qui ne me sont pas personnelles ; elles auront, je pense, plus de valeur encore.

Après la communication que je fis à l'Académie des

Sciences (1), sur *les troubles de l'équilibration dépendant de l'otopiésis chez les jeunes sourds-muets*, notre collègue, M. Bonnafont, avait contesté ma manière de voir. M. Weber-Liel s'est élevé à son tour contre l'opinion de M. Bonnafont, en citant l'expérience suivante : Chez un malade privé de tympan et présentant son étrier à découvert, Weber-Liel comprima l'étrier avec un stylet, et observa tous les phénomènes que j'attribue à la compression otopiésique du labyrinthe : la surdité, les bourdonnements, les vertiges, etc.

Ici les phénomènes de compression sont indéniables.

De mon côté, je pratique fréquemment la contre-expérience de Weber-Liel ; je fais cesser les phénomènes otopiésiques par la traction sur l'étrier, c'est-à-dire par la décompression labyrinthique.

Au point de vue anatomo-pathologique, j'ai parlé des préparations histologiques obtenues dans quatre oreilles de chiens sourds, préparations toutes identiques. L'une des oreilles avait été examinée par M. Ranvier, dont on connaît les admirables travaux histologiques sur l'oreille. La lésion capitale était la *section des filets nerveux auditifs*, au sortir des trous de la lame perforée (dans le canal cochléaire), avec la dégénérescence consécutive des cellules sensorielles, placées sous la dépendance trophique de ce nerf.

Mais je tiens à signaler les préparations d'autres auteurs, celle par exemple que MM. les professeurs Moos et Steinbrugge ont présentée dans une communication au Congrès de Milan, 1880 (voir *Comptes rendus du Congrès* et *Zeitschrift für Ohrenk.*, 1880).

Il s'agit d'un homme sourd depuis longtemps, et chez lequel Moos trouva, à l'autopsie, une altération des cellules sensorielles ciliées, et une dégénérescence des fibres nerveuses acoustiques, dans le canal spiral, jusqu'au ganglion. Cette lésion n'existait que dans le premier tour du limaçon.

D'ailleurs, les préparations faites sur les animaux, dans des organes tout à fait frais, ont une valeur capitale, démonstra-

(1) *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 1885.

tive, que n'ont pas toujours les préparations faites, sur l'homme, longtemps après la mort. Quant à la conservation de l'organe de Corti, je puis dire que sur une tête de chien, mort depuis dix jours, j'ai pu retrouver l'organe de Corti présent dans le canal cochléaire, malgré les altérations cadavériques. Mais la pièce avait été préparée avec l'acide osmique.

D'autre part, chez l'homme, toutes les lésions qui ne portent pas sur les cellules sensorielles, et sur les fibres nerveuses acoustiques, n'ont, au point de vue de l'audition, qu'une valeur secondaire. Il n'est pas surprenant que l'on trouve, dans les oreilles des vieux sourds, une vascularisation marquée du ligament spiral, malgré la compression labyrinthique. En effet, dans l'œil, dans le glaucome, maladie où l'excès de pression se fait sentir sur les fibres du nerf optique et les atrophie, on constate à l'ophtalmoscope une vascularisation de la rétine et de la choroïde. Cela signifie que la pression suffisante pour altérer les tubes nerveux, est plus faible que la pression intra-vasculaire.

Dans les préparations de Moos et Steinbrugge, et dans celle de M. Baratoux, les fibres nerveuses étaient atrophiées au delà du ganglion spiral, tandis que dans mes préparations ces nerfs n'étaient pas dégénérés. C'est que, dans mes préparations, il s'agissait de lésions relativement récentes (les animaux étaient jeunes) et la dégénérescence ascendante n'avait pas eu le temps de s'effectuer.

Les aqueducs du labyrinthe, comme je l'ai dit dans ma communication, sont des soupapes de sûreté pour l'état physiologique; elles sont insuffisantes contre la compression pathologique. L'expérience de la cloche à air comprimé le démontre nettement.

Ainsi, les expériences de P. Bert dans les cloches à air comprimé, les expériences de Weber-Liel, les nôtres, et les effets thérapeutiques des douches d'air, montrent, à n'en pas douter, l'existence de la compression labyrinthique et ses effets. L'excès de pression est d'ailleurs incontesté, dans certaines maladies de l'œil. Ses conséquences anatomiques sont, dans

l'oreille, comme dans l'œil, l'atrophie des fibres nerveuses à leur point d'entrée dans le liquide labyrinthique.

Les conséquences éloignées de cette atrophie des fibres nerveuses, peuvent être, dans le sens centrifuge, la destruction des cellules sensorielles qui sont sous la dépendance trophique des fibres nerveuses, et dans le sens centripète, la dégénérescence ascendante des fibres nerveuses.

M. Moure, lit, au nom de M. Charazac, son chaf de clinique, une communication sur : **un cas de gomme syphilitique infiltrée de la moitié gauche du larynx** (1).

De l'emploi du sublimé en otologie. Communication par le Dr E. Menière. — L'otorrhée chronique est la maladie d'oreille la plus fréquente, la plus tenace. Malgré les progrès réalisés en otologie, les vieilles idées sur les écoulements d'oreilie ne sont point complètement abandonnées, et les soins donnés au début de cette affection sont généralement très insuffisants.

Une foule de médicaments ont été, et sont encore employés; mais depuis quelques années les antiseptiques ont permis d'obtenir des résultats plus rapides et plus durables.

Le moyen thérapeutique qui m'a donné les effets les plus constants, depuis quinze ans, c'est le mélange de glycérine et d'acide phénique :

Acide phénique cristallisé de................ 1 à 10 gr.
Glycérine anglaise de Price.......... .... 10 —

Je l'emploie en badigeonnages après les injections d'eau chaude.

Mes observations à cet égard sont très concluantes, et j'ai indiqué les effets de cette médication dans des travaux publiés dans différents journaux de médecine,

L'expérience apprend aussi que, dans certains cas réfractaires, il est indispensable de varier l'emploi des médicaments.

(1) Voir *Revue* n° 4, p. 166.

L'alcool pur, que j'emploie aussi avec succès, doit être souvent mis de côté, puis repris.

Depuis quelques mois, j'ai eu l'idée de me servir du sublimé mélangé à la glycérine.

La glycérine est, à mon sens, un des véhicules les plus parfaits en thérapeutique otologique, quand elle est absolument pure.

La solubilité du sublimé étant de 7 gr. 50 0/0 de glycérine, j'ai fait trois mélanges différents :

Glycérine anglaise de Price.................... 10 gr.
Sublimé........................ 0 gr. 05, 0 gr. 15, 0 gr. 30.

Voici les résultats de mon observation :

Dans la période active de l'écoulement séro-purulent, je n'ai pas trouvé les effets plus marqués que ceux des mélanges phéniqués.

Mais, il n'en est plus de même dans la période que j'appelle *de suintement*, qu'il y ait ou non perforation tympanique.

Dans ces cas, j'ai obtenu des guérisons rapides, dans un espace de temps relativement court.

Je n'ai constaté aucun inconvénient chez les malades soumis à cette médication.

Une des conditions de bonne réussite, est la continuation de la médication longtemps encore après qu'on a obtenu l'état de sécheresse de l'oreille malade.

La séance est levée.

Le secrétaire : Dr BOUCHERON.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Laryngite catarrhale chronique, variétés, étiologie, anatomie pathologique et caractères cliniques (*Chronic catarrhal laryngitis; its varieties with their etiology, pathology and clinical relations*), par le Dr Gordon HOLMES.

Après un historique fort complet, l'auteur étudie la laryngite catarrhale chronique simple. Les symptômes subjectifs,

caractères particuliers de la voix dont la sonorité, l'intensité sont diminuées, elle est voilée, mais la raucité, lorsquelle existe, est passagère. Chez les femmes, toutefois, elle est souvent absolument voilée : *aphonie catarrhale*. Absence de douleur soit spontanée, soit à la pression, mais sensation de chatouillement ou de picotement à la gorge; chez les femmes il existe souvent la sensation d'une *boule* soit au larynx, soit au pharynx. Les caractères de la toux sont variables, l'expectoration peu abondante consiste en mucosités visqueuses. Tels sont les symptômes *subjectifs* de l'affection.

Les symptômes *objectifs* sont : la conjestion générale ; elle est ordinairement peu marquée, mais il n'est pas rare d'observér une hypérémie des replis aryépiglottiques et des bandes ventriculaires d'un seul côté. Moins souvent on observe de la congestion des cordes vocales, lorsqu'elle existe, on aperçoit une lueur rougeâtre qui tranche sur le fond blanc des cordes vocales. De minces lames de mucus concret, adhèrent à la surface du vestibule du larynx. On observe assez souvent de légères érosions apparentes surtout sur le bord libre des cordes.

Après cette étude des symptômes, l'auteur étudie successivement la pathogénie, l'anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic de l'affection et arrive au traitement.

Traitement : Il doit être général et local. Si l'on constate de l'anémie, de la faiblesse chez le sujet, l'on aura recours aux toniques, fer, huile de foie de morue, nourriture saine et régulière, stimulants alcooliques. Le traitement local consistera en inhalations, pulvérisations, attouchements laryngés. Pour les attouchements du larynx, l'auteur recommande spécialement le perchlorure de fer (3 gr. 50 pour 30 gr. d'eau) en application quotidienne et quelquefois plusieurs fois par jour pendant sept à dix jours.

L'auteur passe ensuite à l'étude de la *laryngite hypertrophique*; dans cette forme de laryngite, les symptômes subjectifs sont plus accusés que dans la forme précédemment décrite. On observe une altération progressive de la voix, les tons laryngiens sont graves et voilés et paraissent être pro-

quemment la salive. Ni toux, ni expectoration. La dysphagie, la douleur spontanée ou à la pression sont fort rares et n'existent que dans les formes intenses.

Les symptômes *objectifs* de cette affection consistent en un état granuleux de la muqueuse particulièrement aux points où les glandes sont les plus nombreuses. La muqueuse des aryténoïdes est le siège de prédilection des granulations, mais on peut les rencontrer ailleurs, sur le bourrelet de l'épiglotte en particulier. Les granulations rouges au début, prennent au bout de quelques mois une teinte blanche ou grisâtre, apparente surtout au sommet de chaque granulation.

La cause occasionnelle de cette affection est l'habitude de parler en public ou de chanter, mais selon toute probabilité, il existe en dehors de cette cause chez les personnes atteintes de pharyngite granuleuse une prédisposition constitutionnelle sous la dépendance de la diathèse herpétique. L'affection est le plus souvent secondaire et dépend de l'extension de la même maladie, du pharynx, au larynx.

L'historique de la maladie, les symptômes subjectifs que nous avons décrits, la présence de granulations au pharynx permettront de diagnostiquer cette affection. L'examen au laryngoscope fera cesser toute hésitation.

Le pronostic est bénin; sous l'influence du traitement on arrive très souvent à une guérison permanente. Le traitement doit être général et local. Le traitement général s'adresse à la diathèse (huile de foie de morue, fer, et toniques de tous genres). Quand la maladie survient chez des orateurs ou des chanteurs, on doit insister vivement sur la nécessité pour eux de respirer par le nez, cette mesure ayant une très grande influence sur l'état de santé du larynx. Le traitement local consiste en pulvérisations médicamenteuses au benjoin, à l'huile de pin, etc., et en pastilles astringentes au ratanhia, à l'acide tannique, etc.; en attouchements quotidiens avec des solutions de perchlorure de fer, sulfate de cuivre, chlorure de zinc. Enfin, dans les cas rebelles, l'auteur conseille la cautérisation des granulations, le nitrate d'argent lui paraît l'agent le plus propre à obtenir ce résultat. (*The Lancet*, 8, 15 et 22 nov. 1884.) J. Ch.

Fracture des cartilages du larynx (*Fracture of cartilages of larynx*), par le Dr Knaggs.

J. R., vingt-deux ans, fait une chute d'un échafaudage d'environ trente pieds de hauteur. Porté à l'hôpital, on constate un emphysème et un gonflement du cou tout entier. L'asphyxie se produit bientôt (24 mars). Trachéotomie. La trachée est ouverte immédiatement au-dessous du cricoïde, et, par la plaie, le malade rejette une grande quantité de sang et de mucus. On place le dilatateur trachéen de Golding-Bord. Le pouls se relève, le malade respire librement, l'emphysème diminue, la face est pâle mais non livide. — 25 mars, le malade a passé une bonne nuit, on remplace le dilatateur par la canule n° 4 de Bryant. L'emphysème a presque entièrement disparu. Pendant la journée, plusieurs crises de dyspnée que l'on fait cesser en enlevant du tube les mucosités qui l'obstruent, mais bientôt ce moyen ne suffit plus à donner au malade un soulagement même momentané. Il meurt le 26 au matin.

A l'autopsie, la muqueuse de la trachée est rouge et gonflée. On constate une fracture des différents cartilages du larynx. La fracture du cricoïde était surtout très étendue. Les bronches étaient pleines de sang et de mucus, les poumons très congestionnés (*The British Med. Journal*, 8 novembre 1884).

J. C.

Papillome du Larynx, par le Dr Schiffers.

L'auteur présente un papillome du larynx, qu'il a extrait au moyen de la pince. Il a la grosseur d'un pois et il était inséré au quart postérieur du bord libre de la corde vocale inférieure droite, chez un homme de trente-cinq ans environ. Il avait produit des troubles notables de la voix, qui ont disparu avec la cause. Pour éviter la récidive dans ces sortes de cas, M. Schiffers aime à recourir plusieurs fois après l'opération, à des insufflations laryngiennes faites avec parties égales de poudres de sabine et de tannin pur. Elles sont, du reste, très bien supportées. (*Société médico-chirurgicale de Liège*, séance du 7 août 1884.)

Sténose du Larynx, par le Dr Schiffers.

M. Schiffers complète une communication qu'il a faite à une précédente séance sur un cas de *sténose laryngée.* La malade, qui a été présentée à la Société, avait une fièvre typhoïde normale, quand elle fut prise, pendant la convalescence, d'accidents subits de suffocation. La trachéotomie fut pratiquée, il y a seize mois environ, mais tous les essais faits jusqu'à ce jour pour enlever la canule ont été vains. A l'examen laryngoscopique, on trouve un rapprochement inspiratoire permanent des cordes vocales comme cause de la gêne respiratoire. La corde inférieure droite est rouge; au-dessous, la muqueuse est comme boursoufflée et s'avance vers la ligne médiane. La muqueuse trachéale se distingue à peine. Le cartilage aryténoïde est plus mobile que d'habitude, il se porte en avant et vers la gauche; c'est cette particularité qui distingue ce cas d'une simple paralysie des dilatateurs de la glotte. La voix est relativement bonne, en ce sens que l'émission des sons est assez facile. Il faut admettre ici comme cause des accidents de la périchondrite crico-aryténoïdienne, d'origine infectieuse (typhus). La dilatation graduelle au moyen des tubes de Schrœtter a produit une amélioration. C'est le seul traitement auquel il semble falloir s'arrêter, l'ouverture du larynx, pour faire la résection du cartilage, ne devant pas donner, d'après l'auteur, de résultats plus satisfaisants. La voix pourrait être à jamais compromise. L'électrisation interne du larynx, qui a déjà été employée, pourra peut-être l'être de nouveau, plus tard, avec avantage. (*Société médico-chirurgicale de Liège,* séance du 5 juin 1884.)

De l'influence exercée sur la voix chantée par l'hypertrophie des glandes de la base de la langue (*The influence exerced on the singing voice by glandular hypertrophy at the base of the tongue*), par Holbrook Cartis *M. D.*

Cette hypertrophie est un facteur important, mais trop négligé, dans le diagnostic des maladies de la gorge. Soit par obstruction mécanique directe empêchant le relèvement de l'épiglotte, soit par une action réflexe exercée sur les nerfs

moteurs laryngés, elle peut être une cause immédiate ou éloignée de *dysphonie*. L'auteur cite trois cas de sa pratique où des troubles profonds de la voix furent produits par cette seule hypertrophie : 1° Une jeune artiste de grand talent, ayant été prise de laryngite aiguë, fit cependant de grands efforts pour tenir ses rôles : en peu de temps elle en vint à perdre la voix. Un examen soigneux du larynx ne révéla rien d'anormal; mais une traction douce exercée sur la langue montra au miroir un développement *luxuriant* des glandes de la base de la langue, s'étendant dans les fossettes glosso-épiglottiques, au point que l'épiglotte avait pris une direction verticale qui gênait fort pour apercevoir les cordes vocales. Un traitement tonique, de petites doses d'iodure de potassium, et de temps à autre des applications d'acide chromique sur les glandes hypertrophiées, rendirent en peu de temps la voix parfaite; 2° Un baryton, dont la voix était fatiguée et peu sûre, avait consulté vainement plusieurs spécialistes. A l'examen local, les mêmes symptômes que dans le cas précédent. Des applications locales de teinture d'iode, etc., et plus tard de pâte de Vienne, agissant plus rapidement que l'acide chromique, firent complètement disparaître le mal en rendant la voix nette; 3° Une jeune fille, ayant chanté par un froid très vif, fut prise d'un mal diagnostiqué comme phtisie laryngée : perte absolue de la voix, douleurs vives dans la gorge, etc.; à l'examen laryngoscopique, larynx et pharynx simplement anémiés, mais la base de la langue montre une masse de tissu hypertrophié, mou, se présentant comme un amas de végétations adénoïdes de la grosseur d'une noix, et sur laquelle le bord libre de l'épiglotte s'était moulé. L'application locale de caustiques suffit en peu de temps à amener une complète guérison (*The New-York Medical Journal*, n° 310, p. 510, 1884).

Dr DUHOURCAU.

Tumeurs de la trachée (*Tumeurs of the trachea*), par le Dr Henri Crutchley, suivi d'une note du Dr Morell-Mackensie.

J. B., quarante-neuf ans, cultivateur, père de douze enfants, dix sont encore vivants. Sa mère était strumeuse. Le malade

a toujours eu une bonne santé, pas de syphilis. *L'affection* dont il souffre a augmenté graduellement depuis deux ans, époque à laquelle il s'aperçut pour la première fois que sa respiration devenait « bruyante et sifflante » lorsqu'il faisait un effort. L'état général demeura bon pendant longtemps, mais il s'aperçut il y a douze mois environ d'une obstruction à la gorge qui ne fit qu'empirer et le contraignit à cesser son travail. Quand l'auteur le vit pour la première fois, son aspect extérieur était celui d'un homme en bonne santé. Il toussait peu et expectorait rarement, mais éprouvait une sensation de rudesse et de picotement à la gorge. Timbre de voix élevé, ayant parfois le caractère de la voix de fausset. Sifflement respiratoire plus accentué pendant l'expiration. A l'examen laryngoscopique, on aperçoit les cordes vocales pendant la phonation seulement. La trachée apparaît occupée par une large tumeur rougeâtre, et une autre plus petite avec un large pédicule s'élevant et s'abaissant avec la respiration. On porte le diagnostic sténose de la trachée produite par une tumeur bénigne, probablement un papillôme. Le malade est envoyé au Dr Morell-Mackensie pour être opéré; on fait dans cette intention la trachéotomie. On peut alors constater que l'on a affaire à une tumeur vasculaire dont la partie supérieure est située à une courte distance du larynx, la partie visible de la tumeur a environ deux pouces de long, le reste s'enfonce vers les bronches. Après l'opération, le malade éprouve un grand soulagement; il parle avec facilité et peut, durant l'été tout entier, vaquer aux travaux de la moisson. Le Dr M. Mackensie fait observer que la tumeur était insérée sur toute la face interne du cricoïde et occupait les côtés droit et postérieur de la trachée sur une largeur d'un pouce et demi pour s'insinuer ensuite sous la muqueuse (*The Lancet*, 8 novembre 1884).

J. C.

Sur une nouvelle forme de glossite *(Su di una nova forma di glossite)*, note clinique du professeur F. Masséi.

Une femme de 48 ans se présente à la clinique du docteur Masséi, se plaignant de dysphagie depuis quelques jours,

sans fièvre. Croyant à une amygdalite ordinaire, l'auteur, en déprimant la langue, éveille une douleur des plus vives. La gorge est à l'état normal, mais avec le miroir laryngien, on voit, à la base de la langue, un peu en avant de la fossette glosso-épiglottique droite, une saillie arrondie, grande comme une pièce de 5 centimes, autour de laquelle la muqueuse tuméfiée et rouge formait un véritable anneau. Le centre de la saillie était excavé, et autour d'elle les papilles étaient gonflées, avec la pointe blanche, tandis que du muco-pus en remplissait les interstices. — Le début rapproché du mal excluait l'idée de gomme ou d'épithélioma; il n'y avait pas d'ailleurs d'engorgement ganglionnaire, et des gargarismes émollients au borax, amenèrent la guérison en quelques jours. — Les investigations les plus sérieuses du professeur Masséi, pour en trouver la cause, restèrent sans résultat, et il attribue au rhumatisme cette manifestation localisée. De tous les auteurs qu'il a consultés, Dechambre est le seul qui ait parlé d'une forme de glossite approchant de celle-ci. Des considérations anatomiques auxquelles il se livre, le docteur Masséi conclut qu'il a observé une glossite folliculaire basique, qu'il range parmi *les angines,* que l'examen laryngoscopique permet aisément de constater, et qui devra être présente désormais à l'esprit du praticien *(Ext. de la Rivista clinica terapeutica,* an. VI, n° 1, Napoli, 1884).

Dr Duhourcau.

Rhinite Catarrhale prurigineuse, ou catarrhe nasal prurigineux. *(Pruritus Rhinitis catarrhalis, or Pruritic Rhinitis)*, par le Dr Rumbold de Saint-Louis.

L'auteur passe en revue les différents noms qui ont été donnés à cette maladie (Hay Fever, Rose Cold, June Cold, July Cold, etc.) et montre les défauts de chacune de ces dénominations. Il propose de les remplacer par celle de *Rhinite prurigineuse* ou bien catarrhe nasal avec démangeaison. Cette nouvelle dénomination a le mérite en effet d'indiquer les principaux caractères de l'affection, *démangeaison, inflammation, écoulement de mucus.* L'attaque débute en effet par

une démangeaison qui atteint d'abord les fosses nasales, et se propage bientôt aux yeux, déterminant une cruelle souffrance. (*Med. and. Surg. Journal*, juin 1884).

J .C.

Fibro-Sarcome naso-pharyngien, enlevé avec l'écraseur galvanique. (*Naso-Pharyngeal fibro-Sarcoma removed with Galvano-Cautery écraseur*). Par le Dr R. P. Lincoln, de New-York.

A la Société d'anatomie pathologique de New-York, l'auteur présente un fibro-sarcome enlevé par lui chez un malade âgé de soixante ans. Il avait ressenti pour la première fois en 1881 les premiers symptômes d'obstruction nasale, à cette époque et même depuis il a eu de violentes hémorrhagies nasales. En 1882, l'oblitération de la seconde narine commença et devint complète en une année, en même temps apparaissait à la narine droite une tumeur que l'on apercevait aussi dans le pharynx quand le malade avait la bouche ouverte. En 1882, on essaya une première fois d'extraire la tumeur à l'aide d'une pince à polype, mais cela sans résultats, et le malade fut envoyé à l'auteur par le Dr Satterthwaite. Après avoir à diverses reprises examiné le malade, s'être assuré que le néoplasme qui oblitérait les deux fosses nasales faisait partie de la même tumeur, l'auteur se décide à opérer. La tumeur fut enlevée avec l'écraseur galvanique, la surface d'insertion fut cautérisée. L'opération eut lieu sans hémorrhagie et la tumeur une fois détachée fut enlevée par la bouche. Le Dr Georges Elliott fit l'examen microscopique qui démontra que l'on avait affaire à un fibro-sarcome. (*The Med. Record, N. Y.* 25 octobre 1884.)

J. C.

Etiologie des tumeurs gommeuses de la langue (*Etiologia de los tumores gomosas de la lingua*), par le Dr Viñeta Bellaserra.

L'auteur pense que les causes habituellement invoquées (fumée du tabac, alcool, etc.) pour expliquer l'apparition des accidents syphilitiques de la langue sont en général insuffisantes. Pour lui, l'état du malade, les conditions hygiéniques

dans lesquelles il se trouve, et la forme de la syphilis dont il est atteint, sont autant d'éléments dont il faut tenir compte. Les gommes se manifestent en général de quarante à cinquante ans. Mais il est évident qu'il peut exister des exceptions à cette règle. Les hommes sont plus fréquemment atteints que les femmes de gommes de la langue (*Revista de Ciencias médicas de Barcelonne*, p. 523, 25 août 1884, n° 16.)

Trois cas d'épithélioma de la langue et du plancher de la bouche, par le Dr MORRANT BAKER.

L'auteur rapporte trois cas d'épithélioma de la langue et du plancher de la bouche, opérés par lui, tous les trois avec succès, au Saint-Bartholomew's hôpital. Dans le premier, le côté droit et les deux tiers postérieurs de la langue étaient indurés et l'ulcération s'étendait jusque sur la ligne médiane. Le 19 décembre 1883, l'ablation fut faite à l'aide de l'écraseur. Le 11 janvier, le malade était complètement remis. Dans le second cas, l'épithélioma avait envahi la langue tout entière, le plancher de la bouche et les glandes sous-maxillaires et autres. Toutes les parties malades furent enlevées le 27 février 1884, le 4 avril le malade sortait guéri. Enfin, dans le troisième cas, la moitié seulement de la langue était envahie; après l'opération la guérison survint rapidement.

A ce propos, le Dr Morrant Baker fait observer que même dans ces cas avancés, dans l'intérêt du malade, pour lui éviter des souffrances considérables et pour amener même parfois une guérison complète, on doit intervenir (*The Lancet*, 25 octobre 1884).

La respiration buccale, causes, conséquences, prophylaxie traitement (*Buccal breathing, its causes, serious consequences, prevention, and cure*), par le Dr G.-W. MAJOR.

Le titre indique les questions traitées dans cet article; l'auteur rapporte les causes et les effets de la respiration par la bouche. Le sujet est trop bien connu de nos lecteurs pour que nous les indiquions ici. De son étude, l'auteur tire les conclu-

sions suivantes : la respiration nasale est une condition *sine quâ non*, pour ainsi dire, du bon état des poumons et de la gorge. En fait, tout individu qui respire par le nez, doit être exempt de maladie de ces organes ou, du moins, jouir d'une immunité considérable à cet égard. L'asthme est plus commun chez ceux qui respirent par la bouche que chez ceux qui respirent par le nez (*The Med. Record*, 22, nov. 1884). J. C.

Le bacile de la tuberculose dans les amygdales.

Il y a bien trente ans que l'on a remarqué, pour la première fois, que ceux qui ont souffert dans leur enfance d'amygdalites chroniques ou d'adénite cervicale, sont particulièrement exposés à devenir phtisiques.

Depuis dix ou quinze ans, un médecin allemand recommande l'ablation des amygdales comme mesure préventive, et les statistiques prouveraient que non seulement les enfants ainsi opérés jouissent d'une bonne santé dans la suite, mais encore qu'ils cessent de présenter des symptômes de scrofule.

Ces bons résultats, restés inexpliqués, seraient dus à ce qu'avec les amygdales on enlève des foyers de baciles de la tuberculose. Le Dr Strassmann, qui a découvert ces baciles dans un grand nombre d'amygdales hypertrophiées, pense que, dans tous les cas de tuberculose pulmonaire, la maladie débute par les tonsilles, et que l'infection se fait par l'intermédiaire de la salive. En enlevant les tonsilles on éviterait cette infection (*The Medical and Surgical Reporter*, july 26 1884).

Rapport à S. E. J. Commissaire Professeur Guido Baccelli, ministre de l'Instruction publique du royaume d'Italie, sur les cliniques privées de laryngo-iatrie et d'oto-iatrie de Paris et de Londres, et la clinique officielle de l'Université de Vienne, par le Docteur Car. Vt. Cozzolino, professeur à l'Université de Naples, etc., etc. (Naples, 1883.)

Dans sa dédicace l'auteur explique comment il a divisé son travail en deux parties : la première traite de l'enseignement de la laryngologie et de l'otologie à Paris, Londres et Vienne; la seconde rappelle les principales publications des spécia-

listes dont il a été question. Suit un guide précieux pour l'étudiant étranger qui veut fréquenter les cliniques ou se procurer les instruments spéciaux qui y sont employés.

Après avoir mentionné les publications p ériodiques consacrées à ces deux branches de l'art de guérir, le Dr V. Cozzolino décrit *de visu* les cliniques de Paris. Celles de Fauvel, comme la première en date et la plus suivie, ayant pour chef de clinique, le Dr Coupard; puis celle de Proust, à Lariboisière; de Gouguenheim, à Lourcine, aujourd'hui transférée à l'hôpital Bichat; celle de Poyet, de Cadier et d'Alfred Martin. En tête des cliniques d'otologie, il place celle de l'Institut des sourds-muets, dirigée par le Dr Ladreit de Lacharrière, puis viennent les cliniques de C. Miot, de Calmettes, de Baratoux, il s'étend plus longuement sur celles de Garrigou-Désarènes, de Ménière, de Gellé et de Lœvenberg, et salue le doyen d'âge des otologistes, le Dr Bonnafond. Comme complément à ces cliniques privées, il signale les services hospitaliers des Drs Tillaux, à Beaujon; de Vidal, à Besnier; de Fournier, à Saint-Louis; de J. Simon, Bouchut et de Saint-Germain, aux Enfants-Malades; de Verneuil, à la Pitié; du regretté Parrot, aux Enfants-Assistés; de Mallopeau et Mauriac, au Midi; de Charcot, à la Salpêtrière; de Dujardin-Beaumetz, à Saint-Antoine (aujourd'hui à Lourcine); de Dieulafoy et d'Hayem, qui peuvent offrir aux spécialistes des cas intéressants d'affections peu communes de l'oreille ou du larynx.

A Londres, le Dr V. Cozzolino a visité les cliniques et cabinets des Drs Mackenzie, Lennox-Browne, Whistler, dont il trouve l'organisation plus pratique que celle des cliniques de Paris; celles de Wilde et de Toynbee, de Dalby et de Field, à Saint-Mary's Hospital, où l'anatomie pathologique est en grand honneur et que le Dr de Rossi a prises pour modèle de sa clinique, de l'hôpital de San Giacomo de Rome.

Mais les cliniques qui ont frappé le plus l'auteur par leur organisation complète, et répondant le mieux à un enseignement pratique, facile et utile, sont celles de Vienne, qu'il met bien au-dessus de celles de Londres et de Paris, malgré les progrès récents apportés dans ces dernières, malgré l'école

d'*ortophonie* des sourds-muets, fondée par E. Colombat, qui n'existe pas ailleurs.

Il consacre un long chapitre à l'enseignement officiel de l'otoiatrie et de la laryngoiatrie, à Vienne, et nous fait assister aux cliniques et aux cours de Politzer, de Gruber, de Schrötter, dignes émules et successeurs de Türck et de Czermak. A côté d'elles, sont les cliniques de Stœrk, d'Urbanschich, de Schnitzler et celles des Drs Bing, White, Chiari et Karis. Il faut lire ces pages instructives pour comprendre les lacunes qui existent dans notre enseignement médical français, dans ce qui a trait à ces deux branches spéciales, pourtant si importantes à bien des points de vue. Les musées anatomiques rendent à Vienne des services qu'on ignore à Paris, et dont le Dr Moura-Bourouillou a commencé à combler la lacune, par son musée pathologique de l'Hôtel-Dieu. Le *fantôme vivant* de la clinique du Dr Schröter est aussi pour les étudiants une originalité et une bonne fortune qu'on ne rencontre que là. Une mention était due aux services chirurgicaux de Billroth et Langenbeck, dermatopathiques de Hébra et Kapesi, siphiléopthiques de Sigmund et Neumann, et aux cliniques médicales de Bamberger et Nothnagel, dans lesquelles Rokitanski avait trouvé les matériaux de ses innombrables travaux de dissection et de son incomparable musée, aujourd'hui sous la direction de Kundrat. La clinique pédiatrique de Widerhofer, à l'hôpital St-Anne. est aussi à visiter.

Les conclusions qui terminent cette première partie du rapport du Dr V. Cozzolino doivent être lues et méditées.

Dans l'index bibliographique des travaux français sur la laryngologie et l'otologie, nous relevons des noms connus que l'auteur n'avait pas eu l'occasion de citer, tels sont ceux des Drs Ed. Fournié, Guinier, Hermet, Noël Guéneau de Mussy, Mercadier, Aussilloux, Valat, Grégoire, et enfin, celui du fondateur de la *Revue de laryngologie* qui s'est déjà affirmé par des travaux d'une réelle valeur.

Dr Duhourcau.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

Albert. — Des quelques affections rares de langue (suite). (*Wiener Med. Presse*, nos 5 et 6, 1 et 8 février 1885.)

Ballet (Gilbert). — De l'œdème suraigu suffocant de la luette. (*La France méd.*, no 27, 5 mars 1885.)

Bride (P. Mc.). — Zona de la voûte du palais. (*The Edimburgh Clinical and Pathological Journal*, 21 juin 1884.)

Christopher J. Lewis. — De l'emploi de la cocaïne dans les affections aiguës et chroniques du larynx et du pharynx. (*Bermingham Med. Rev.*, décembre 1884.)

Deighton. — Un cas de végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne. (*The Lancet*, 31 janv. 1885.)

Ephraïm Cutter. — Végétations d'acide lactique dans la gorge et dans la vessie. (*Gaillard's Med. Journal*, vol. XXXVIII, n° 1, juillet 1884, p. 9.)

Fauvel (Ch.). — De l'anesthésie produite par le chlorhydrate de cocaïne sur la muqueuse pharyngienne et laryngienne. (*Gaz. des Hôp.*, 20 novembre 1884.)

Gomez de la Mata. — De l'amygdalotomie. (*An. de Otol. y lar.*, nos 5 à 8, 1884.)

Henderson. — Pharyngite latérale. (*The Eclect. Med. Journ.*, n° 1, Cincinnati, 1885.)

Keich (Allen). — Troubles nutritifs, engorgements glandulaires, hypertrophie des amygdales, dus à une alimentation insuffisante. (*Med. Times*, Philadelphia, sept. 6, 1884.)

Lermoyez. — De l'anesthésie par la cocaïne dans l'amygdalotomie. (*Bull. gen. de Thérap.*, 15 févr.)

Lloveras. — Un cas de myco lepthotrix du pharynx. (*Revista med. quirurg.* n° 15, 8 novembre 1884.)

Lublinsky. — De la tuberculose du pharynx. (Société de la médecine interne à Berlin, séance du 16 février 1885. *Deutsche Med. Zeitung*, n° 17, 26 février 1885.)

Nixon. — Un calcul de l'amygdale. Ablation. (*The Lancet*, 17 janvier 1885.)

Ollivier (A.). — Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'angine herpétique. (Paris, 1884, chez A. Delahaye et E. Lecrosnier.)

Polaillon. — Epithélioma de l'amygdale, du voile du palais et de la base de la langue. (*Gaz. méd. de Paris*, 3 janvier 1885.)

Rindfleisch. — Du diagnostic différentiel de la diphthérie tonsillaire. (*Sitzungsberichte der phys.-med. Gesellschaft zu Würzburg*, 1884, n° 6.)

Schmaltz (H.). — Les indications de l'ablation de la glande de Luschka. (*Jahresber. der Gesellschaft f. Natur. u. Heilkunde* 1883/4.)

Schmiegelow (E.). — Un cas d'absence de l'arc palatin postérieur droit. (*Monasschr. f. Ohrenheilk.*, n° 2, février 1885.)

Semon (F.). — Les progrès du traitement des maladies de la gorge et du nez, faits en 1884. (*The Year-Book of Treatment*. Cassel et Ce, Londres, 1884.)

Stein (Stanislaus). — La cocaïne dans les maladies de la gorge, du nez et de l'oreille. (Société des médecins russes à Moskou, séance du 23 novembre 1884. *Deutsche Med. Wochenschr.*, n° 9, 26 février 1885.)

Trélat. — Des polypes naso-pharyngiens. (*Le Praticien*, n° 4, 26 janvier 1885.)

Trélat. — Division de la voûte palatine, uranoplastie. (*Gaz. des Hôp.* 28 octobre 1884.)

Ward Cousins. — Nouvel abaisse-langue. (*The Lancet*, 3 janv. 1885.)

White (J.-A.). — Oblitération et hypertrophies de la cavité naso-pharyngienne et leur influence sur l'ouïe. (*Proceedings. Med. Soc. of Virginia. Philadelphia Med. News*, 20 sept. 1884, vol. XLV, n° 12.)

Nez.

Beregszàszy (J.). — La cocaïne, remède angiospasmodique dans la rhinoscopie et dans la laryngoscopie. (*Wiener Med. Blätter*, n° 7, 12 février 1885.)

Czarda. — Corps étrangers du nez et concrétions calcaires. (*Gaz. Méd. de Paris*, n°s 49 et 50, décembre 1884.)

Edmond. — Le catarrhe nasal et son traitement par l'irrigation continue aux eaux du Mont-Dore. (O. Doin, 1884, Paris.)

Eichhorst. — Affections des fosses nasales. (*An. de Otol. y lar.* N° 9 à 12, 1884.)

Féré (Ch.). — Les éternuements névropathiques. (*Progrès Méd.*, 24 janvier 1885.)

Fritsche (A.). — La lampe d'Albocarbone pour l'examen du nez et du larynx. (*Berliner Klinische Wochenschr.*, n° 5, 2 février 1885.)

Jefferson Bettmann. — Un cas de rhinolithe. (*Journ. Amer. Medical Association*, vol. III, n° 10, 6 sept. 1884.)

Kiesselbach (W.). — De l'eczéma de l'entrée du nez. (*Monatsschr. f. Orenheilk.*, n° 2, février 1885.)

Küppner. — De l'influence des affections chroniques de la muqueuse du nez sur les battements de cœur d'origine nerveuse. (*Deutsche Med. Wochenschr.*, n° 51, 1884.)

Lowenberg. — De la nature et du traitement de l'ozène. (*Deutsche Med. Woch.*, Berlin, 1er et 8 janvier 1881.)

Mackenzie (John). — Notes historiques sur la découverte du tissu érectile des fosses nasales. (*Boston Med. and Surg. Journ.*, janv. 1er 1885.)

Mackenzie (John N.). — Quelques remarques de la pathologie des inflammations intranasales. (*Philadelphia Medical News*, vol. XLV, n° 14, 4 octob. 1884.)

Meyerson (S.). — Des corps étrangers dans le nez des enfants (*Medycyna*, n° 43, 1884.)

O. Connell (M.). — Tampons glycérinés dans la fièvre des foins. (*The British Med. Journ.*, 20 sept. 1884.)

Roberts. — Nouvelle méthode du traitement des difformités du nez. (*The Polyclinic*, octobre 15, 1884.)

Sajous (E.). — Du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement des affections des fosses nasales. (*The Med. News*, 20 décembre 1884.)

Schnitzler. — De l'emploi et de l'action de la cocaïne dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx. (*Wien. Med. Presse*, n° 4, 25 janvier 1885 et les suivants.)

Shurly. — De la valeur comparée du galvano-cautère dans les affections du nez et des cavités naso-pharyngiennes. (*The New-York Med. Journ.* 24 janvier 1885.)

Sommerbrodt. — Des névroses réflexes du nez. (*Berliner Klinische Wochenschr.*, n° 10, 9 mars 1885.)

Stocquart. — Recherches d'anatomie pathologique sur l'état du nez, de la

gorge et des oreilles en cas de laryngite croupale. (*Arch. f. Ohrenheilk.* Band. XXII, 1 Heft, 5 février 1885.)

Thorowgood (J. C.) — Asthme causé par l'odeur d'un lièvre cuit. (*Brit. Med. Journ.*, 21 février 1885.)

Thudichum. — Inflammation, abcès et néoplasmes des cellules de l'ethmoïde. (*Brit. Med. Journ.*, 17 janvier 1885.)

Wolinz. — Des larves dans la cavité nasale. (*Wratsch.* n° 23, 1884.)

Zaufal. — Derniers mémoires sur l'emploi de la cocaïne en rhino et otothérapie. (*Prager Med. Wochen.* 18 fév. 1885.)

Zaufal. — Suite des communications sur l'emploi de la cocaïne dans la thérapeutique du nez et de l'oreille. (*Prager Med. Wochenschr.*, n° 7, 18 février 1885.)

Larynx.

Ancona. — Aspiration des corps étrangers du larynx dans les cas d'asphyxie chez les noyés. (*Boll. delle Mal. delle orecchio, della gola*, etc., janv. 1885, Florence.)

Atodgkinson. — Morceau d'épi de blé ayant pénétré dans le larynx. (*Brit. Med. Journ.*, 10 janvier 1885.)

Berbes (P.) — Tabes. Crises laryngées. Fausse angine de poitrine. (*La France méd.*, n° 14, 3 février 1885.)

Bouchard. — Angine diphthéritique avec croup, guéri par les vapeurs antiseptiques sans trachéotomie. (*Gaz. des Hôpit.*, 15 janvier 1885.)

Crandal (F. V.). — Croup (*Maryland Med. Journal*, 15 nov. 1884.)

Dumas (A.). — Note sur l'emploi de la cocaïne dans la déglutition douloureuse. (*Bullet. génér. de thérapeutique*, n° 12, 30 novembre 1884.)

Havelland Hall et Percy Kidd. — Périchondrite du larynx, tumeurs tuberculeuses du larynx. (*The Lancet*, avril 1884.)

Heymann (P.). — De l'emploi de la cocaïne dans le larynx, le pharynx et le nez. (*Berliner Medic. Gesellschaft*, séance du 7 janvier 1885. *Berliner Klinische Wochenschr.*, n° 4, 26 janvier 1885.)

Irsai. — De la coexistence de la syphilis et de la tuberculose dans le larynx. (*Wien. Med. Presse*, n°ˢ 42, 43, 1884.)

Kaplan (H.). — Contribution à l'étude expérimentale de l'excitabilité électrique des muscles de la glotte. (Dissertation, Berlin 1884.)

Kotte. — Contribution à l'étude des paralysies du larynx. (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 46, 1884.)

Kurz. — Quelques cas de corps étrangers des voies aériennes. (*Memorabilien*, p. 350, 1884.)

Luzinsky (A. M.). — L'asthme laryngé; laryngospasme. (*Allgem. Wiener Med. Zeitung*, n° 6, 10 février 1885.)

Masini (O.). — Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la lèpre.

Massei. — Application de la laryngoscopie à la médecine militaire. (*Bolletino delle Malatie delle orecchio, della gola e del naso*, janv. 1885, Florence.)

Massei. — Erisypèle du larynx. (*Revista clin. e terap.*, anno VII, n° 1.)

Massei. — Sur les néoplasmes laryngiens. (*Arch. It. di Laring.* 1885, fasc. 2 et 3.)

Moeser H. — Rapports laryngologiques, page 195-217 du *Mittheilungen aus der Medic. Klinik zu Würzburg*, par MM. Gerhardt et Müller, 1885, chez J.-F. Bergmann, à Wiesbaden.)

Patenko. — Le larynx au point de vue de la médecine légale (*Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med.*, oct. 1884.)

Petel. — Du rétrécissement du larynx. (*Journ. de Méd. de Paris*, n° 5, 1885.)

Schech (Ph.) — Remarques sur un cas très grave de spasme phonique de la glotte. (*Monatsschr. f. Orenheilk.*, n° 1, janvier 1885.)

Solis-Cohen. — Apsithyrie associée à l'aphonie nerveuse. (*The Med. and Surg. Reporter*, 10 et 17 avril 1883.)

Sota y Lastra (Ramon de la). — Un cas rare de paralysie laryngée. (*An. de Otol. y Lar.*, n°s 5 à 8, 1884.)

Sota y Lastra. — Maladies de la gorge. (*An. de Ot. y Lar.*, n°s 9 à 12, 1884.)

Stocquard. — Recherches sur les lésions de la gorge, du nez et des oreilles en cas de laryngite croupale suivi de considérations anatomo-pathologiques sur le croup d'emblée. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, févr. 1885.)

Stork. — De l'emploi du chlorhydrate de cocaïne dans la laryngologie et dans la rhinologie (*Wiener Medic. Blätter*, n°s 51, 52, 1884.)

Trépan. — Début d'une simple laryngo-bronchite; congestion pulmonaire avec embolie probable; mort rapide (*Gaz. méd. de Picardie*, n° 1, janvier 1885.)

Virchow. — Croup et diphtérie. (Société méd. de Berlin, séance du 4 février 1885. *Berliner Klinische Wochenschr.*, n° 9, 2 mars 1885.)

Trachée.

Gentilhomme. — Nouveau procédé de crico-trachéotomie. (*Un. Méd. du Nord-Est*, 15 janvier 1885.)

Lee (H. H.). — Un cas heureux de trachéotomie pour une diphtérie. (*The Med. Record*, 31 janvier 1885.)

Newman (David). — Ouverture dans la trachée d'un anévrisme de l'aorte. (*Brit. Med. Journ.*, 17 janv. 1885.)

Peterson (F.). — Oblitération de la trachée par une glande bronchiale caséeuse et détachée. Guérison après la trachéotomie. (*Deutsche Medic. Wochenschr.*, n° 10, 5 mars 1885.)

Schumann-Leclerq. — Sur un cas d'ulcération syphilitique de la trachée et des bronches. (*Prager. Med. Wochenschr.*, n° 4, 28 janvier 1885.)

Soyer. — De l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie. (*Thèse de Paris*, août 1884.)

Tillaux. — De la fistule trachéale. (*Praticien*, 7 février 1885.)

Oreilles

Atkin (C.). — Drainage naturel dans l'otorrhée. (*The Brit. Med. Journ.*, 31 janv. 1885.)

Aysaguier. — Du traitement local des suppurations de l'oreille. (*Bull. gén. de Thér.*, 15 janv. 1885.)

Baginsky Benno. — De la complexité des symptômes de Menière et des troubles de l'équilibre causés par des affections cérébrales. (*Berliner Klinische Wochenschr.*, n° 5, 2 février 1885.)

Boenning (H.-C.). — Le chlorhydrate de cocaïne dans les affections de l'oreille. (*Philad. Med. Times*, 10 janvier 1885.)

Dalby. — De l'ouverture des cellules mastoïdiennes. (*The Lancet*, 31 janvier 1885.)

Eitelberg (A.). — Du traitement de l'appareil transmetteur des sons à l'aide de la sonde à compression de Lucæ. (*Wiener Med. Presse*, n° 6, 8 février 1885.)

Gellé. — Recherches sur quelques phénomènes subjectifs de l'audition (Société de biologie de Paris, séance du 21 février 1885. *Progrès méd.*, n° 9, 28 février 1885.)

Giampietro (Ed.). — D'un speculum perforant pour pratiquer la paracentèse du tympan. (*Arch. Intern. di Otoj.*, etc., n° 1. 15 janv. 1885, Naples.)

Giampietro (Ed.). — Déductions expérimentales sur les bourdonnements d'oreille. (*Arch. Intern. di Otoj.*, etc., n° 1, 15 janv. 1885, Naples.)

Gomez de la Mata. — Traitement des rétrécissements de la trompe, par l'électrolyse. (*An. de Otol. y Lar.*, n°s 9 à 12, 1884.)

Gruber (J.). — Contribution à l'étude de l'examen de l'ouïe. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 2, février 1885.)

Gruber. — Nécrose de l'os pétreux. (*Semaine médicale*, 18 déc. 1884.)

Gruber. — De la vératrine dans les cas de surdité d'origine labyrinthique.

Habermann. — De la ténotomie du muscle stapédien. (*Prager. Med. Wochenschr.*, n° 44, 1884.)

Habermann (J.). — Tuberculose de l'organe auditif. (*Prager. Med. Woch.*, 11 févr. 1885.)

Hermet. — Des altérations de l'ouïe dans le rhumatisme blennorrhagique. (*Union méd.*, 1884, n° 182.)

Kiesselbach (W.). — De l'excavation partielle du tympan à la compression d'air régulièrement augmentée. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 1, janvier 1885.)

Masini (C.). — Un cas d'asthme dû à la présence d'un corps étranger dans l'oreille droite. (*Arch. Intern. di Otoj.*, etc., n° 1, 15 janv. 1885, Naples.)

Moos. — De la genèse des troubles de l'ouïe dans les cas de tumeurs cérébrales. Importance diagnostique des expériences au diapason. (*Berliner Klinische Wochenschr.*, n° 45, 1884.)

Moure (E.-J.) (Clinique du Dr). — De l'otite moyenne suppurée chronique. Leçon recueillie et réd. par J. Charazac. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 8 mars 1885.)

Plessner (M.). — L'invention la plus récente, l'antiphon. Appareil pour rendre imperceptibles les sons et les bruits. (Rathenow chez Schulze et Bartels, *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 2, février 1885.

Raymondaud (G.) — Corps étranger du conduit auditif, tolérance absolue pendant plus de cinq mois. Intolérance subite. Myringite secondaire. (*Journ. de la Soc. de Méd. de la Haute-Vienne*, janv. 1885.)

Reid (D.-J.). — Abcès du cerveau dû à une otite moyenne chronique suppurée. (*Lancet*, 3 janvier 1885.)

Schmaltz (H.). — Les sourds-muets du royaume de Saxe. — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la propagation de la surdi-mutité. (Leipzig, chez Breitkopf et Haertel, 1884.)

Schubert. — Rapport sur cinq années de pratique comme médecin auriste. (*Arch. f. Orenheilk.*, Band XXII, 1 Heft, 5 février 1885.)

Sune y Molist. — Labyrinthite aiguë. (*An. de Otol. y Lar.*, n°s 9 à 12, 1884.)

Tafani (A.). — De l'organe de Corti chez les singes (suite et fin). (*Bol. delle Mal. dell' Orec.*, nov. 1884.)

Verdos (Pedro.). — Appareil pour le dosage des médicaments à introduire dans la caisse du tympan. (*Boll. delle Mal. dell' Orecchio*, etc., janvier 1885, Florence.)

Verdos (P.). — Obstruction de la trompe d'Eustache. (*An. de Otol. e Lar.*, n°s 5 à 8, 1884.)

Verdos (Pedro). — Un cas de polype de l'oreille implanté dans la première portion du conduit auditif externe. Suppuration abondante par ostéo-périostite consécutive. Opération, guérison. (*Gac. Med. Catalana.* Barcelonne, 28 février 1885., n° 4.)

Varia.

Baumgartner. — Contribution à l'étude de la cachexie scrofuleuse. (*Arch. f. Klin. Chir.*, vol. XXXI, p. 118-125.)

Berbès (P.) — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Perforation de la trachée. (*Le Progrès méd.*, n° 6, 7 février 1885.)

Berg (John). — De l'extirpation du goître. (*Hygiea*, n° 5, mai 1884.)

Billroth. — Un cas d'œsophagotomie et un cas de gastrotomie nécessité par des corps étrangers. (Société império-royale des médecins de Vienne, séance du 20 février 1885.)

Bouchard. — Diphtérie, Trachéotomie, méthode du Dr Renou. Guérison. (*Gaz. des Hôpit.*, n° 16, 7 février 1885.)

Boully. — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. (*Gaz. des Hôpit.*, 15 janvier 1885.)

Caulier. — Glossite profonde aiguë. (*Thèse Paris*, février 1885.)

Caskey. — Goître traité avec succès par l'administratration d'iode à l'intérieur et en injections interstitielles (*Med. Rec.*, n° 7, 10 janvier 1885.)

Charters J. Symonds. — Rétrécissements de l'œsophage, nouvelle méthode pour l'usage de la sonde œsophagienne. (*The Lancet*, 31 janvier 1885.)

Chittick (W. R.). — De l'affinité qui existe entre l'angine et la diphthérie. (*Detroit Lancet*, vol. VIII, n° 2, sept. 1884, p. 109.)

Coester. — Du traitement abortif de la diphtérie. (*Berliner Klinische Wochenschr.*, n° 4, 26 janvier 1885.)

Costa (Bom Gaspard). — Du vertige. (*Rev. med. y cirurgia pract.*, 7 février 1885.)

Coudray (P.). — Rétrécissement cicatriciel de l'œsophage. (*Journ. des connaiss. méd.*, n° 2, 8 janvier 1885)

Coursier (P.). — Traitement des fistules salivaires du canal de Sténon. (*Thèse*, n° 89, 10 janvier 1885. Paris, chez Ollier-Henry, libr.)

Delore. — Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse. (*Assoc. pour l'av. des sciences.* Session de Blois. Séance du 10 sept. 1884.)

Demlow. — Connaissances faites dans le traitement de la diphtérie. (*Allgem. Medic. Centralzeitung*, n° 5, 17 janvier 1885.)

Dyes (A.). — Le traitement du croup miasmatique ou de la diphtérie par la méthode antimiasmatique. (Leipzig 1885, chez C. A. Handel.)

Fasano. — De la théorie parasitaire de la phtisie. (*Arch. Intern. di Otoj.*, etc., n° 1, 15 janvier 1885, Naples.)

Fasano. — De la cocaïne et son emploi comme anesthésique et analgésique dans les maladies du nez et de l'oreille. (*Arch. Inter. di Otoj.*, etc., n° 1, 15 janvier 1885. Naples.)

Ferguson. — La cocaïne comme anesthésique local. (*Brit. Med. Journ.*, 28 févr. 1885.)

Frend (S.). — Contribution à l'étude de l'action de la cocaïne. (*Wiener Medic. Wochenschr.*, n° 5, 31 janvier 1885.)

Humbert, — Epithélioma des lèvres et de la joue; antoplastie. (*Gaz. des Hôpit.*, n° 3, 8 janvier 1885.)

Kaufmann. — Extirpations des corps thyroïdes chez le chien et ses effets (*Arch. f. experim. Pathologie u. Pharmakologie*, 18 Bd, Heft 3 u. 4, 1884.)

Keller (C.) — Une amélioration de la batterie plongeante de Voltolini. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 1, janvier 1885.)

Laurent (G.). — Traitement [illegible] *chir.*, nº 13 et 2[illegible] [illegible]

Lawson. — Ablation [illegible] *Lancet*, 17 janvier 1885

Lecerf. — La [illegible] à [illegible] 9 janv. 1885.

Lejeune. — D'une forme de [illegible] (*Thèse Paris*, mars 1885.

Liégeois (Ch.). — [illegible] l'extraction de neuf aiguilles [illegible] creux épigastrique chez une fille [illegible] 1er janvier 1885.

Lunin (N.). — Étude sur [illegible] (*St-Petersb. Med.* [illegible] nº 2 à 4.)

Marchand. — Cancer du corps thyroïde. [illegible] 18 décembre 188[illegible].

Martin (James). — Le [illegible] 3 décemb. 1884.

Maze. — Traitement de la [illegible]

Mercier. — De l'[illegible]

Metaxas. — Tumeur [illegible] 7 novembre 188[illegible].

Park Lewis F. — Expériences sur [illegible] *Monthly*, déc. 188[illegible].

Pietrzikowsky. — Contributions à [illegible] scrofuleuse (*Prager. Med.* [illegible]

Post (E. S.). — Les [illegible] (*The Med. Record* [illegible]

Renou. — Traitement de la [illegible] ques (*Gaz. des Hôp.* [illegible]

Richelot. — De la [illegible]

Richelot. — Deux observations de [illegible] (Société de chirurgie de Paris [illegible] de la Soc. de chirurg. de Paris [illegible]

Rupprecht (P.). — Exstirpation [illegible] der Gesellschaft f. Natur [illegible]

Schiff (M.). — Rapport sur [illegible] l'extirpation de la glande thyroïde [illegible] *Pharmakologie*, [illegible]

Schiff (M.). — Résumé d'une [illegible] l'ablation du corps thyroïde. [illegible] nº 8.)

Seifert. — De la [illegible] *phys.-med. Gesellschaft*, [illegible]

Siegel (A.). — Observations [illegible] Heft 2.

Terrier. — Note sur [illegible] inhalations. (*Gaz. hebd. de Méd.* [illegible]

Thomas (Ch.). — Expériences sur [illegible] déc. 1884.)

Thomson. — Corps étrangers de l'œsophage. (*Brit. Med. Journ.*, 28 février 1885.)

Tillaux. — De la fistule thyro-hyoïdienne. (*Prag. Med.*, 21 févr. 1885.)

Tolosa Latour. — Prophylaxie de la diphtérie. (*An. de Otol. y Lar.*, nos 5 à 8, 1884.)

Vigouroux. — Angine couenneuse guérie par les fumigations de goudron et d'essence de térébenthine. (*Gaz. des Hôp.*, 10 janvier 1885.)

NÉCROLOGIE

Elsberg (Louis). — Depuis quelques années, la Parque cruelle semble s'acharner après les représentants de la Laryngologie. Après le Dr Blanc, de Lyon, nous avons à déplorer la perte d'un de nos sympathiques collaborateurs d'Amérique, le Dr L. Elsberg, décédé, à New-York, le 19 février dernier.

Le Dr Elsberg, né à Iserlow (Wesphtalen), était âgé de 48 ans. Arrivé en Amérique avec ses parent à l'âge de 13 ans, il obtint son titre de docteur en 1857, devant le *Jefferson medical College.*

Jusqu'à ces dernières années, il resta président de la Société de Laryngologie d'Amérique, et il fut, à New-York, l'un des fondateurs de l'Institut Polyclinique, où il exerçait honorablement la spécialité à laquelle il s'était consacré dès le début.

Le Dr Elsberg dirigea, avec son zèle habituel, les *Archives de Laryngologie*, et publia des articles et mémoires importants sur ces parties de la science médicale. Collaborateur actif des *Schmidt's Jahrbücher* du *Medical and Surgical Reporter*, il a également publié dans notre *Revue*, sur les paralysies laryngées, un intéressant article, marqué au coin d'un esprit observateur, méthodique et sérieux.

Elsberg a également publié un travail sur la gorge et la voix (*Throat and Voice*). — Sa mort est attribuée à une pleuro-pneumonie.

Un nouveau Journal

Nous avons reçu le premier numéro d'un journal trimestriel ayant pour titre : *Archivio Internazionale di Olojatria, Rinojatria ed Aeroterapia,* publié sous la direction des docteurs Ed. Grampietro et A. Fasano, professeurs d'Otologie et de Laryngologie à l'Université de Naples. Nous souhaitons la bienvenue à cette nouvelle feuille, qui viendra donner un nouvel élan à l'étude de ces parties intéressantes de la science médicale.

Le propriétaire gérant, Dr E. J. Moure.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.

THÉRAPEUTIQUE

Le « BYRRH » au vin de Malaga.

Un grand nombre de fois déjà nous avons appelé l'attention du public médical sur l'importance qu'il y a de choisir les aliments et les boissons dont il conseille l'usage. Au milieu de la fureur de sophistication qui existe aujourd'hui et dont les conséquences, sans contredit, se font sérieusement sentir pour la santé générale des hommes de notre époque, cette nécessité de bien choisir les aliments et les boissons s'impose de plus en plus. Et il en est surtout ainsi lorsqu'il s'agit de ces boissons qui sont presque des médicaments et qui ont pour but, tout en stimulant les fonctions digestives, de faciliter ces mêmes fonctions et de tonifier l'organisme en général.

Il ne faut pas oublier que les médicaments dits *apéritifs* sont ceux qui excitent les fonctions de l'estomac, amènent la sécrétion d'une plus grande quantité de suc gastrique, donnent à ce suc gastrique des propriétés digestives plus parfaites, en un mot assurent tous les actes intimes qui se passent dans l'estomac et s'opposent surtout à ce que dans ce viscère les aliments subissent, au lieu d'une digestion, une véritable fermentation. Ces médicaments sont donc des eupeptiques, et leur usage, pourvu qu'ils soient de bonne qualité et qu'ils répondent à la composition que nous allons signaler, ne peut qu'être de la plus grande utilité.

Cette utilité s'affirmera surtout chez les sujets dont les fonctions digestives sont déjà plus ou moins troublées. Les hommes surmenés par le travail corporel ou intellectuel, ceux qui sont obligés de se livrer à des veilles prolongées, ceux à qui le souci constant des affaires maintient en ébullition l'intelligence, les faibles de toute nature, les anémiques et les convalescents, tous sont dans ce cas. Chez ces divers sujets, la diminution de l'appétit, la sensation de vide ou de trop plein dans l'estomac après les repas, les nausées, les renvois de gaz parfois putrides, et, en dernier lieu, les vomissements et les diarrhées, sont les symptômes révélateurs du mal. A tous il faut une préparation à la fois digestive et tonique qui réveille les fonctions gastro-intestinales, facilite la digestion, puis l'absorption des matières digérées, et permet, en fin de compte, la reconstitution de l'organisme. Mais, pour qu'un tel médicament puisse être utile, il faut qu'il remplisse certaines conditions. Ce n'est pas aux alcooliques purs qu'il faut s'adresser en pareille circonstance ; car les alcooliques, mis en conctact avec les parois de l'estomac, loin d'augmenter la sécrétion du suc gastrique, et, par conséquent, le pouvoir digestif de l'organe, amènent une congestion inflammatoire de la muqueuse stomacale dont le résultat immédiat est précisément la suppression de la sécrétion du suc gastrique, et dont le résultat final est l'inflammation plus ou moins grave de l'estomac (gastrite aiguë ou chronique), qui retentira ultérieurement sur tout le tube digestif.

On comprend, dès lors, combien l'usage des dits alcooliques, déjà si mauvais en temps ordinaire, puisqu'ils ne frappent que l'estomac et l'intestin seuls, peut devenir bien plus grave en temps d'épidémie, puisque cette inflammation

gastro-intestinale ouvre la porte à tous les microbes, et notamment au microbe contagieux des diverses épidémies. Indépendamment de ces dangers multiples, l'usage des alcooliques entraîne encore à sa suite les inconvénients si nombreux que détermine l'alcool ingéré dans l'organisme. Nous n'avons pas besoin d'insister ici; chacun sait, en effet, que le foie, les artères, le cœur, le cerveau et la moelle épinière, trouvent dans l'usage ou l'abus des alcooliques les causes les plus fréquentes de leurs maladies.

Pour qu'un médicament du genre de celui dont il est question puisse être utile, il faut encore que les substances entrant dans sa composition soient réellement douées du pouvoir de stimuler les fonctions digestives et ne possèdent aucune propriété nuisible. Certaines boissons dites *apéritives* contiennent de l'absinthe, contiennent de la strychnine ou de la noix vomique, et ces boissons, comme il est facile de s'en rendre compte, sont des plus dangereuses pour la santé. Il y a longtemps déjà que l'on connaît la funeste propriété de l'absinthe de provoquer l'épilepsie, et les expériences faites par les physiologistes ont confirmé ce que la clinique avait appris. Il y a plus : l'épilepsie absinthique, comme l'épilepsie simple, paraît capable de se transmettre par voie héréditaire; d'un autre côté, la strychnine, dont certains opérateurs n'hésitent pas à se servir pour fabriquer leurs boissons, la noix vomique, qui contient à la fois de la strychnine et de la brucine, sont des agents qui exercent une influence des plus sérieuses sur la moelle épinière, et dont l'usage prolongé peut amener les maladies les plus graves de cet organe.

La conséquence à tirer de ceci, c'est que, pour être véritablement tonique et apéritive, une boisson médicamenteuse doit être composée avec des vins généreux naturels et des substances toniques de premier choix. Préparées de cette façon, ces boissons rendront certainement les plus grands services, agiront sur l'estomac, dont elles stimuleront les fonctions, assureront l'absorption intestinale, et, par conséquent, la bonne réparation de l'usure de l'organisme. Ce mode d'action sur les fonctions digestives, comme aussi la tonification générale de l'organisme qui résultera de leur emploi, seront sans contredit les meilleurs préservatifs contre les différentes épidémies.

La composition du *Byrrh au vin de Malaga* de Violet frères repose précisément sur les principes scientifiques qui viennent d'être exposés. Son usage est absolument incapable d'amener les inconvénients et les dangers des alcooliques; aussi est-ce une bienfaisante préparation, devant ses propriétés remarquables au vin de Malaga qui lui sert de base, d'une part, et d'autre part au choix raisonné et savamment fait des amers qui entrent dans sa composition.

A ces titres, nous la recommandons d'une façon toute spéciale aux médecins et aux hygiénistes, qui trouveront dans le *Byrrh* un tonique agréable, puissant, indispensable aux convalescents et à ceux dont les fonctions digestives sont pénibles et languissantes, à ceux que des travaux exagérés ou des fatigues morales ont anémiés.

Pour terminer, nous dirons que, dans toutes les Expositions où il figure, le Jury est unanime pour rendre hommage aux précieuses qualités du *Byrrh au vin de Malaga*, et qu'il lui accorde, comme consécration de ces qualités, les plus hautes récompenses dont il dispose. C'est ainsi qu'à l'heure actuelle le *Byrrh* possède 24 Médailles Or, Argent, Vermeil, etc.

SOMMAIRE

N° 5. — Mai 1885.

Travaux originaux

Revue générale, Analyses

L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro le compte rendu de la dernière séance de la Société française d'otologie et de laryngologie.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES ÉROSIONS DITES CATARRHALES ET DE LEUR RAPPORT AVEC LA TUBERCULOSE DU LARYNX,

Par le Dr Théodore Hering, chef de service à l'hôpital Saint-Roch, à Varsovie.

Les altérations anatomiques de la paroi postérieure du larynx, et en particulier de sa partie interaryténoïdienne, que nous connaissons depuis l'invention du miroir laryngien, sont très importantes, non seulement pour le diagnostic des maladies de l'appareil vocal, mais aussi pour reconnaître les premiers signes de l'évolution de la tuberculose pulmonaire, à une époque où l'examen de la cavité thoracique ne donne encore que des indications douteuses ou insuffisantes.

Des recherches exactes (Nothnagel, Koths et Stoerk), exécutées à l'aide du miroir laryngien, ont prouvé d'une façon précise, que l'attouchement le plus léger de la partie postérieure de la trachée ou du larynx, provoque des quintes de toux, et que la partie de la muqueuse comprise entre les cartilages aryténoïdes décèle le plus de sensibilité.

On s'est, en outre, convaincu que dans les maladies des bronches et des poumons la toux n'apparaît qu'au moment où le produit de la sécrétion des voies respiratoires touche à la muqueuse de la partie membraneuse, ou postérieure, de la trachée, ou quand il occupe l'espace interaryténoïdien.

En soumettant à l'examen laryngoscopique la paroi postérieure du larynx chez des personnes affectées d'un catarrhe chronique de cet organe, nous trouvons, presque toujours, qu'elle a subi des altérations très prononcées; en même temps, nous pouvons nous convaincre que, plus ces altérations sont développées, plus les quintes de toux sont violentes et rapprochées.

Le timbre caractéristique de cette toux, diffère telle-

ment de la toux habituelle, qu'un médecin expérimenté reconnaît la toux laryngienne même sans avoir recours au miroir investigateur.

Sous l'influence de la toux en question, accompagnée, comme on le sait, du frottement assez violent de l'air contre la muqueuse de la partie interarytenoïdienne, de même que sous l'influence d'autres moments étiologiques nuisibles, dont il sera question plus loin, un travail de desquamation se produit sur l'épithélium, et il s'y forme des érosions, dites catarrhales, qui, d'une part, entretiennent les quintes de la toux, comme, d'autre part, la toux est la cause principale de leur origine.

L'existence de ces *érosions catarrhales de la muqueuse*, forme, jusqu'à présent, un point de litige entre les anatomo-pathologistes et les praticiens qui s'occupent spécialement des maladies des voies respiratoires.

En effet, malgré les recherches de Rokitansky, Duchek, Rheiner, Lewin, Birch-Hirschfeld, Beschorner (6), d'autres savants, tels que Eppinger (2), nient formellement leur existence, les considérant comme le produit de la tuberculose, de la syphilis ou du lupus.

L'origine de ce dissentiment provient de ce que plusieurs de ces observateurs accordent peu d'attention à des altérations si minimes, et parce que, en faisant l'autopsie, on incise habituellement la paroi postérieure du larynx, ce qui empêche d'apercevoir leur existence.

On doit se rappeler que les érosions de ce genre ne sont jamais mortelles par elles-mêmes, et ne produisent pas de cicatrices visibles; en outre, jusque dans ces derniers temps, les cliniciens basaient leurs recherches principalement sur les travaux de Rheiner, exécutés à une époque où la laryngoscopie était encore peu connue, et nous comprendrons facilement pourquoi il y avait une telle différence d'opinions, non seulement sur la nature des érosions, mais aussi, sur les rapports de ces dernières avec la tuberculose en général, et la phtisie laryngée en particulier.

A la suite des derniers travaux de Virchow (1) qui trouve inadmissible le nom même donné à cette altération, nous nous trouvons en présence d'un fait, rare dans la science, qu'une forme pathologique, bien connue des praticiens, se promène, pour ainsi dire, à travers la pathologie du larynx, et n'y trouve pas de place strictement définie.

J'ai eu occasion d'observer, assez souvent, ces érosions dans le catarrhe chronique du larynx; et je ne saurais d'autant moins douter de leur existence, qu'il y a deux ans, j'en ai été atteint moi-même. En examinant mon larynx journellement au laryngoscope, j'ai pu contrôler leur évolution, leur durée et leur terminaison.

Comme Virchow condamne le nom d'*érosions catarrhales*, donné à la maladie dont nous nous occupons, et provoque la discussion sur ce sujet, je vais, en quelques mots, résumer sa doctrine.

Partant du principe que le mot « *catarrhe* », par son étymologie, indique l'action de couler, et s'identifie avec l'idée d'une sécrétion provenant de la muqueuse intacte et non ulcérée, il ne croit point pouvoir admettre que l'ulcération de la muqueuse soit la terminaison normale du processus catarrhal.

D'après lui, si, chez un enfant atteint de catarrhe nasal, l'écoulement cause des érosions, des eschares, et, après la chute de celles-ci, une ulcération, nous n'avons nullement le droit d'appeler cette dernière « ulcération catarrhale », car elle se trouve dans un endroit où il n'y a pas de catarrhe proprement dit, tandis qu'elle fait défaut à l'endroit où le catarrhe a son siège : c'est-à-dire, dans la cavité nasale.

Il propose de se servir du terme « *ulcérations érosives* » (erosives Geschwür), et explique qu'elles n'apparaissent qu'aux endroits de la muqueuse recouverts d'épithéliums plats, comme sur les apophyses vocales, et les bords libres des cordes vocales.

Virchow rejette, également, l'expression « *ulcérations*

à la suite de la congestion continue, et on voit surgir des excroissances en forme de glaçon, qui entravent le rapprochement des cartilages aryténoïdes.

Au même moment, la sécrétion renfermée entre ces excroissances, ne trouvant pas d'issue facile, se décompose; et par ce fait même, produit un état inflammatoire. L'épithélium subit un travail de macération et de desquamation; nous voyons apparaître des érosions, des ulcérations, et même des pertes de tissus sans aucune cause infectieuse, sans le moindre vestige de tubercule.

En dehors des érosions catarrhales de la paroi postérieure, j'ai fait mention plus haut d'érosions sur les apophyses vocales. Leur origine s'explique surtout par la compression que l'émission forcée de la voix, ou des circonstances externes, font subir à la muqueuse gonflée et congestionnée qui adhère intimement aux apophyses vocales.

Or, à l'émission de la voix, la pression étant la plus forte sur les apophyses vocales, au moment de leur rapprochement, c'est ici, surtout, que se produisent les altérations que nous allons essayer de spécifier.

Tout catarrhe du larynx se développe plus facilement chez des malades affectés de catarrhes chroniques du pharynx. Cette pharyngite à laquelle on n'a pas accordé l'attention nécessaire, est pourtant très importante; car déjà, par la voie de continuité, elle facilite le développement de la laryngite localisée à la région interaryténoïdienne.

Nous ne saurions admettre les théories de Heinze qui met en doute que les érosions puissent tirer leur origine du frottement et de la pression. Il prétend que le boursoufflement de la paroi postérieure (qu'il considère comme symptôme inévitable de tout catarrhe chronique), forme une entrave assez considérable au rapprochement des apophyses vocales, et par cela même, empêche la compression de ces parties.

S'il est bien entendu que, dans la façon ordinaire de

parler, le gonflement de la partie postérieure ne permet pas aux vraies cordes vocales de se rapprocher complètement, nous devons nous rappeler que ce gonflement n'est pas constant dans tout catarrhe chronique, et d'autre part, que malgré sa présence, si l'on parle haut, ou si l'on crie, les apophyses vocales parviennent à vaincre l'obstacle; elles se frottent l'une contre l'autre, subissent la pression, et en fin de compte, se déteriorent en partie; l'épithélium tombe en écailles, une perte de substance s'ensuit et donne naissance à l'érosion.

J'ai surtout constaté cet état chez des personnes qui, malgré la pharyngite et la laryngite, continuaient à s'exposer à l'influence : de la poussière, de l'air trop sec ou trop chaud, au froid et à l'émission forcée de la voix.

Je ne partage pas non plus l'assertion de Heinze, qui trouve chez les personnes bien portantes, que le catarrhe chronique du larynx n'occasionne jamais d'érosions sur les apophyses vocales; ou que son apparition fait toujours redouter la tuberculose.

Ces érosions sont rondes de forme, ovales ou même un peu allongées, plates, à fond grisâtre, et, de congestionnés au commencement, deviennent lisses, un peu élevées, souvent recouvertes d'écailles épithéliales.

Les formes chroniques, exposées à une irritation continuelle par un parler trop prolongé ou par des cris, ont des bords plus élevés, rouges, ce qui fait que les érosions paraissent plus longues qu'elles ne le sont en réalité. D'habitude, leur nombre n'est pas grand et elles occupent presque toujours la partie postérieure ou les apophyses vocales.

Les érosions catarrhales des apophyses vocales, étant pour la plupart considérées comme altérations peu fréquentes dans la pathologie laryngée, je crois devoir citer dix observations, prises dans ma clientèle, que je communique ci-après.

Les malades qu'elles concernent étaient tous du sexe masculin; le plus jeune n'avait que seize ans, et le

plus âgé quarante. Le plus souvent, elles apparaissaient entre la vingtième et la quarantième année (9).

Chez six malades, elles occupaient les deux apophyses vocales; chez deux, l'apophyse de droite; chez deux autres, l'apophyse de gauche.

Sur dix observations, neuf se rattachaient à un catarrhe chronique du larynx, tandis que chez un seul malade, j'ai trouvé, en dehors de l'ulcération des apophyses, des ulcères plats sur la paroi postérieure.

Chez cinq malades, il y avait complication d'un catarrhe chronique du pharynx; chez deux, un catarrhe diffus des bronches; chez trois, enfin, une bronchite localisée aux sommets de nature suspecte (tuberculose).

La durée du mal variait entre onze jours (minimum) et trois mois (maximum chez moi-même); en moyenne, il fallait compter de quatre à six semaines comme nécessaires à la guérison.

Je n'ai jamais vu de récidive.

Au fur et à mesure de la guérison, la voix des malades revenait claire et forte, à l'exception d'un seul, qui déjà, antérieurement, avait la voix rauque à la suite d'un grossissement des fausses cordes vocales.

Les trois malades chez lesquels on avait constaté une affection suspecte, localisée aux sommets des poumons, jouissent d'une bonne santé.

OBSERVATIONS.

I. — M. E., de haute stature, de constitution athlétique, âgé de quarante ans, vint me consulter au mois de mai 1875, pour un fort enrouement.

Le malade, fumeur enragé, était affecté depuis longtemps d'un catarrhe chronique du larynx, mais d'autre part, n'avait jamais souffert des poumons, ni d'aucune autre maladie.

Enroué à la suite d'un refroidissement, il n'y fit pas autrement attention, de manière, qu'à force de crier et de fumer, il arriva à une aphonie complète, accompagnée de dysphagie.

A l'examen, je constatai une très forte hypérémie de la

paroi postérieure du pharynx, tapissée de granulations. — La muqueuse du larynx était également fortement congestionnée, les bords élevés, de la grosseur d'un grain de millet, occupaient les deux apophyses vocales.

Les crachats contenaient des traces de sang. Une bronchite diffuse, sans localisation, occupait les poumons. Le malade, continuellement constipé, se plaignait d'une pléthore abdominale assez visible.

Les érosions que je viens de signaler furent soumises, pendant plus d'un mois, à un traitement local et général, mais peu efficace, le malade forçant toujours la voix. Un séjour de six semaines à Marienbad fit faire un grand pas à la guérison. Le malade en revint bien portant, avec une voix forte et beaucoup plus claire. La place antérieurement occupée par ces mêmes érosions se trahissait par deux enfoncements lisses d'un jaune pâle. Les cordes vocales se rapprochaient d'une façon normale, la paroi postérieure était lisse; à Marienbad, on n'avait point employé de traitement local.

II. — Presque idendique à la précédente, cette observation date de 1879. — Le jeune homme qu'elle concerne souffrait d'un catarrhe chronique de la gorge et des bronches; il vint me consulter pour un enrouement complet, datant de six semaines.

L'apophyse gauche supportait, à l'endroit correspondant, une élévation de la muqueuse, recouverte d'un enduit grisâtre, mais sans érosions.

La paroi postérieure du larynx, un peu boursouflée, l'épithélium terne. Les cordes vocales vraies un peu boursouflées dans leur partie postérieure.

Pas de fièvre, état général bon.

Après trois semaines ainsi écoulées, les érosions se cicatrisèrent complètement. La voix revint claire et forte. Durant tout le cours de la maladie, le malade garda la chambre, suivit un traitement général, et fit des inhalations avec l'essence de térébenthine.

III. — Cette observation me concerne personnellement,

car en 1882, je fus atteint d'érosions sur les deux apophyses vocales.

Ayant pris froid dans les glaciers de la Suisse, il se déclara une pharyngite suivie d'un enrouement que le voyage et un abus forcé de la voix firent dégénérer en aphonie complète.

A l'examen, je constatai sur la paroi postérieure du larynx, la présence d'un bourrelet charnu et grisâtre, qui, se repliant sur les deux apophyses vocales, se prolongeait surtout sur l'apophyse gauche.

Après quinze jours, la paroi postérieure fut complètement nettoyée, mais les apophyses présentaient des érosions plates, à rebords rougeâtres, un peu élevées, érosions greffées sur la muqueuse terne et tuméfiée.

Un silence presque absolu, un séjour à la campagne, et toutes les précautions prises, ne m'apportant pas de soulagement, je partis pour l'étranger à l'effet d'y consulter mes confrères spécialistes.

Leur pronostic ne fut guère favorable : Deux d'entre eux considéraient les érosions que je présentais, comme produit tuberculeux; le troisième, comme étant d'origine catarrhale.

Je n'abuserai pas de la patience de mes lecteurs, pour leur décrire les modifications quotidiennes que le laryngoscope signalait dans mon larynx; je me bornerai, seulement, à leur dire qu'après un mois passé sans aucun succès à Montreux, je me rendis à Menton, et là, sans avoir eu besoin de recourir une seule fois au pinceau, je recouvris la voix au bout de trois semaines; et un peu plus tard, le Dr Oube constata ma guérison complète.

IV. — M. P. S., vingt-six ans, se présente à ma consultation le 28 avril 1882. — Enroué depuis trois semaines, à la suite de l'émission forcée de la voix. Aucune disposition héréditaire pour les maladies des poumons; état général bon. Poumons sains. Erosions catarrhales superficielles aux deux apophyses vocales, et à la paroi postérieure du larynx; cordes vocales congestionnées, aucune autre altération. Le ma-

lade tousse beaucoup, les crachats contiennent fréquemment du sang.

Après quinze jours de silence et de repos dans la chambre, les érosions se cicatrisèrent, la voix se rétablit et la malade guérit.

V. — M. W., âgé de quarante ans, d'une bonne constitution, fréquemment sujet aux angines et aux catarrhes du nez.

Pas de dispositions héréditaires, ni affections des poumons; le malade tousse et crache beaucoup.

En dehors d'un catarrhe du pharynx, je trouve dans le larynx, au-dessous des apophyses vocales, près de la paroi postérieure, deux érosions plates de la grosseur d'une lentille, à fond grisâtre, à bords congestionnés. La paroi postérieure terne, les cordes vocales normales. Peu d'enrouement, mais fatigue en parlant. Respiration prolongée aux sommets des poumons. Souffle bronchique sous l'omoplate droite. Constipation.

Un repos de trois semaines suffit à la guérison des érosions.

VI. — B. F., âgé de seize ans. Scrofuleux, prédisposé aux catarrhes du nez et du larynx; se plaint, depuis deux ans, d'avoir le nez obstrué, et depuis trois mois d'un changement dans le son de la voix.

Outre l'hypertrophie et le boursouflement des cartilages, je constatai un catarrhe du pharynx très violent, avec granulations multiples dans la trachée. Rougeur des cordes vocales vraies.

Sur l'apophyse vocale gauche, il y avait une érosion grise, en forme de lentille, à bord élevé, congestionné.

Les poumons étaient affectés d'un catarrhe chronique très prononcé au sommet gauche. La rate tuméfiée. Le malade tousse beaucoup, n'a pas de fièvre, a conservé toutes ses forces et sa bonne mine.

Après quatre semaines d'un traitement général, les érosions se cicatrisèrent, la voix devint claire, et le malade partit pour Gleichenberg, pour achever sa cure.

VII. — M. W., âgé de vingt ans, étudiant à l'Université, m'arriva avec un enrouement datant de trois semaines. L'état général était bon, rien d'héréditaire. L'apophyse vocale droite fortement colorée. La paroi postérieure un peu boursouflée. Paralysie légère des muscles thyro-aryténoïdiens.

A l'apophyse vocale droite, érosions de la grosseur d'une lentille.

Malgré un usage abusif de la voix et du tabac, le malade guérit en trois semaines. Le poumon ne contenait rien de maladif.

VIII. — M. B., âgé de vingt-deux ans, se plaint d'une douleur lors de la déglutition, et d'un enrouement datant de dix jours.

D'une complexion délicate, il tousse depuis longtemps, et est fréquemment sujet à des bronchites.

Gonflement léger du cartilage thyroïde gauche, et du ligament thyro-épiglottique. Erosion superficielle du même côté à l'apophyse vocale, et à l'épiglotte. Les poumons en bon état.

Guérison complète au bout de onze jours.

IX. — P. P., âgé de quarante ans. — Enrouement et douleurs dysphagiques, datant de quatre mois. Catharre chronique du pharynx.

Les mets épicés irritent le larynx, et provoquent des quintes de toux. Pas de dispositions héréditaires; les poumons en bon état et la santé générale satisfaisante.

Les deux apophyses vocales offrent des érosions lenticulaires à bords lisses, et à fond d'un jaune rouge. A la partie arythénoïde, un épithélium gris, assez épais, composé d'épithélium en desquamation. — Les cordes vocales légèrement colorées.

Le malade tousse beaucoup, mais crache peu.

Point de fièvre, forces à l'état normal.

Guérison au bout de vingt jours.

X. — H. R., âgé de trente-deux ans, d'une bonne constitution, se présente à ma consultation le 26 mars 1880.

Enrouement datant de quatre semaines.
Erosion du larynx, sur les deux apophyses vocales.
Poumons en bon état.
Guérison au bout d'un mois.

Il résulte de ces observations, que le catarrhe chronique du larynx, si fréquent chez les personnes exposées à un emploi forcé de la voix, ou aux influences nuisibles mentionnées précédemment, peut amener des érosions aux endroits exposés à la plus grande compression. D'autre part, nous avons vu que cette altération s'observe surtout chez les hommes; que sa marche est bénigne, et qu'elle n'est pas toujours l'indice de la tuberculose; elle guérit, d'ailleurs, assez vite, sans causer de suites nuisibles, et même sans traitement local, en gardant le silence et en prenant des précautions. La voix, aussi, peut retrouver son ancienne pureté et sa force.

Le pronostic n'empire pas si les érosions apparaissent simultanément sur la paroi postérieure du larynx.

Je passe maintenant à la question la plus importante, à savoir, si à l'aide du laryngoscope, il est possible d'établir un diagnostic différentiel, entre les érosions catarrhales et celles de nature tuberculeuse dès le commencement de leur apparition.

Fort de mon expérience, je ne saurais partager l'avis de mes confrères, prétendant que l'inspection du larynx nous permet de déterminer d'une façon positive, le caractère tuberculeux des érosions.

Il est vrai que *souvent*, la réalité confirme le diagnostic; mais on ne saurait l'accepter *comme axiome*. Et à ce sujet, qu'il me soit permis de rappeler l'observation qui m'est personnelle, où deux célèbres spécialistes me croyaient affecté d'érosions tuberculeuses.

La cicatrisation rapide, et l'absence de toute complication du côté des poumons, ont suffisamment prouvé que les médecins les plus expérimentés ne sont pas infail-

libles, et qu'une définition exacte de la maladie n'est possible qu'après une observation prolongée.

Le Dr Schech, de Munich, médecin et observateur très consciencieux, engage à beaucoup de circonspection dans le diagnostic de cette affection dont il n'a observé que deux exemples.

Ce praticien pense que toute érosion du larynx, dont la durée se prolonge, doit faire craindre l'évolution de la tuberculose. Il va même plus loin, car il prétend que toute érosion catarrhale chronique, devient tuberculeuse chez des personnes disposées *ad hoc*.

Je me propose d'étudier ailleurs l'anatomie pathologique de la question. Quant à présent, je me bornerai à résumer ce qu'à l'état actuel de la science, on nomme tuberculose du larynx,

Grâce aux recherches de Heinze, confirmées par Schech, Mackenzie, Biefel et Cohen, nous savons que la phtisie laryngée consiste dans l'apparition de tubercules miliaires, ou dans une infiltration tuberculeuse de la muqueuse, qui par leur ulcération et leur décomposition successives détruisent le larynx.

Ce processus pathologique est toujours accompagné d'une série de transformations analogues dans les poumons.

J'élimine tout ce qui a rapport à la phtisie dite inflammatoire, à la tuberculose dite primitive, à l'éclosion et à la curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx, sujet trop étendu et trop compliqué pour être traité incidemment. Je dois cependant mentionner l'investigation des crachats, d'après la méthode de Koch, considérée, dans ces derniers temps, comme moyen de diagnostic.

L'impression produite par les travaux de Koch sur la tuberculose, et la controverse sur l'existence des bacilles tuberculeux, ont ému toute la presse médicale viennoise. Et malgré les recherches contradictoires de Spina et des micrographes américains, rien n'a pu détruire la portée de sa découverte.

Par la voie des inoculations, de la culture, et par le microscope, Koch a prouvé que la cause véritable de la tuberculose, est la présence de bacilles qui se trouvent dans les tubercules miliaires, comme dans les infiltrations. Au moyen d'une méthode spéciale, il est facile de constater leur présence, non seulement dans les tissus (3), mais encore dans les excréta des malades affectés.

Weichselbaum a confirmé leur existence dans le sang des tuberculeux; Lichtheim et Rosenstein dans l'urine des malades affectés de tuberculose des parties sexuelles. D'autres, enfin, ont publié une série de travaux ne laissant aucun doute sur l'inoculabilité et l'évolution de la tuberculose ; et prouvant, en même temps, son origine et sa nature infectieuse.

Cet ordre d'idées amena naturellement les laryngologistes à s'occuper des ulcérations tuberculeuses du larynx ; et Bernard Fraenkel(4) fut un des premiers à les faire signaler d'une façon positive. A l'aide d'un pinceau, il enlevait la matière sécrétée par les ulcérations du larynx, et après l'avoir soumise à la coloration indiquée par Ehrlich, dans onze cas sur quinze, il constatait la présence des bacilles. On trouvait que ce mode d'investigation n'était pas toujours suffisamment exact; car: 1° la présence des bacilles peut momentanément faire défaut; 2° il est parfois difficile de prouver qu'ils ne proviennent pas des poumons affectés de la même maladie J'ai répété à plusieurs reprises les recherches de B. Fraenkel; d'après la méthode qu'il avait indiquée et dans trois cas je pus constater que la sécrétion des ulcères du larynx contenait les bacilles de Koch. Ces malades présentaient, outre les ulcérations du larynx, une affection tuberculeuse des poumons, très prononcée. Par contre, là où l'origine des ulcérations est douteuse (syphilis) et l'état des poumons ne confirme pas l'existence du mal, cette méthode peut, selon Fraenkel, faciliter le diagnostic.

Il résulte des recherches des auteurs, ainsi que de ma propre expérience, que dans la phtisie laryngée, en dehors des symptômes manifestes de tuberculose, on trouve au début des changements sur la paroi postérieure tels que : épithélium terne, desquamé, érosions superficielles, excroissances en forme de champignons. La maladie se prolongeant, donne naissance à l'érosion appréciable en ce que ses bords dépassent le niveau de la muqueuse sous forme de dentelure. Cette dernière est visible, même pendant l'inspiration profonde, pendant laquelle la muqueuse normale se présente comme une surface polie et homogène.

Il est quelquefois très difficile de distinguer aux débuts les ulcérations tuberculeuses de boursouflures et de changements provoqués par le catarrhe chronique simple, des érosions catarrhales. Le doute ne saurait disparaître que par un examen de l'état général du malade, de ses poumons, de ses antécédents héréditaires, et par l'analyse de ses crachats; en un mot, par une étude clinique complète et consciencieuse.

Les modifications de la paroi postérieure qui se présentent sous forme de matité et de gonflement de la muqueuse, de grossissements et d'excroissances en forme de champignon, ou d'érosions à bords inégaux, ne présagent rien de bon. En l'absence même d'autres symptômes, ils sont précurseurs de la tuberculose à une époque où l'examen clinique ne fait encore rien pressentir.

C'est ici, que l'examen laryncoscopique des personnes enrouées affectées de toux, ayant des dispositions héréditaires, devient très important. En effet, il nous permet de reconnaître l'imminence de la maladie des poumons, à une époque où un traitement approprié fait espérer, sinon la guérison, du moins un soulagement.

On doit donc considérer comme axiome, que les altérations de la paroi postérieure du larynx, basées sur les végétations ou les granulations qui s'y forment, même

sans érosions visibles, sont toujours des signes précurseurs de la tuberculose; bien que cette dernière n'apparaisse quelquefois que quelques années après.

Les symptômes qui accompagnent les érosions de la muqueuse du larynx, varient selon leur étendue, leur intensité, et surtout selon le degré d'irritabilité du malade. Cette dernière circonstance est très importante, et les plaintes du malade à ce sujet ne sauraient, à elles seules, nous fournir des indications exactes sur la force et l'étendue de la maladie.

Les personnes forcées à une émission de voix prolongée et fréquente, ressentent vivement les moindres signes d'une altération à la paroi postérieure. Tout les irrite, l'air froid comme l'air chaud, la poussière, les vapeurs du tabac, une respiration trop accélérée; elles se plaignent d'une sensation de brûlure dans la gorge ou dans le larynx; les autres, accusent de la sécheresse, de l'irritation, une sensation de corps étranger ou de compression dans le larynx; et dans ce dernier cas, elles peuvent, en quelque sorte, préciser l'endroit où le malaise se fait sentir.

D'autres, enfin, sont affectées d'un besoin continu de cracher, espérant, de cette manière, pouvoir se débarrasser d'hypersécrétions accumulées.

La quantité de ce produit, n'est d'ailleurs pas considérable. La superficie de la muqueuse du larynx étant minime, en comparaison de celle des bronches, la matière sécrétée ne saurait s'accumuler en grosse pelotte, mais forme de petites boules muqueuses, ou muco-purulentes d'aspect très caractéristique.

Les quintes de toux plus violentes, ou un effort dans la parole, amènent quelquefois une légère strie de sang très clair.

La voix devient rauque, perd son timbre et sa pureté, bien que les malades réussissent parfois à faire momentanément disparaître l'enrouement par des efforts, ou par l'emploi de boissons tièdes. Il arrive même quelque-

fois, lorsque l'altération s'étend sur une superficie plus large, que l'affection catarrhale envahit les vraies cordes vocales, et par l'effort dans l'émission de la voix amène une paralysie partielle du muscle transverse, ou des muscles thyro-aryténoïdiens. Dans ces circonstances, le malade est frappé d'aphonie plus ou moins complète, quelquefois de peu de durée, surtout s'il garde pendant quelque temps le silence, ou si nous réussissons à diminuer l'irritation et la toux.

Traitement. — Il y a dans le traitement deux indications à remplir : 1° éloigner toute cause nuisible, tout motif d'irritation, et 2° accélérer la guérison des ulcérations.

La première de ces deux conditions est la plus importante, et si on la néglige, tout le traitement local n'aboutira à rien.

On doit donc éloigner tout ce qui irrite le larynx et le pharynx, ou provoque la toux.

Ici se placent, en première ligne, les affections catarrhales du pharynx et du nez, qui, ainsi que je l'ai dit ailleurs, se propagent sur le larynx.

Il faut encore éviter l'air vicié, la chaleur et le froid, et s'abstenir de fumer et de priser.

Un silence aussi absolu que possible, et le séjour du malade dans une température égale (+ 16° R.) favorisent la guérison.

On évitera, également, les mets épicés, trop chauds, les vins forts, l'eau-de-vie. En cas de complication avec la pléthore abdominale, beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense, on a recours au traitement nécessaire.

La sécheresse du pharynx et du larynx diminue à l'aide d'inhalations de vapeurs d'eau tiède, et de pulvérisations de solutions très faibles de carbonate de soude, de chlorhydrate d'ammoniaque, de bromure de soude et de potassium, etc.

La vapeur très chaude et les astringents ne sont pas toujours facilement supportés et occasionnent des congestions au larynx et des quintes de toux aussi violentes que nuisibles.

Les narcotiques sont positivement indiqués, quand les quintes, devenues trop fatigantes, occasionnent une recrudescence de l'inflammation, ce qui entrave la guérison.

Les eaux minérales, telles que Ems (chaudes), Obersalzbrun, Vichy, contribuent fréquemment à soulager les malades.

Le traitement local que beaucoup de spécialistes préconisent ne me paraît pas toujours aussi efficace qu'on le croit.

Il me semble, en effet, que les érosions de la muqueuse du larynx ne présentent pas le caractère d'hypérémie active; mais étant plutôt le résultat d'une altération chronique fréquemment produite par des troubles dans la nutrition, je considère comme premier devoir du médecin traitant de laisser l'appareil malade dans le plus grand repos.

Le badigeonnage le plus léger, ou les insufflations les plus délicates irritent toujours la muqueuse altérée, provoquent la toux et, par cela même, amènent une hypérémie instantanée.

Quant au badigeonnage du larynx, sans laryngoscope, à l'aide d'un gros pinceau de Stœrck trempé dans une solution de tanin, si fort en usage chez nous, il est plutôt nuisible En outre, l'excrétion étant très minime chez ces malades, le nettoyage du larynx par le pinceau fatigue et irrite, tandis que les inhalations et les expectorants la font partir beaucoup plus facilement.

Il est donc très rationnel de voir le badigeonnage tomber en désuétude.

L'action locale n'est indiquée que si le catarrhe du larynx persiste après la cicatrisation des érosions, et ici encore ce procédé demande à être employé avec la plus grande prudence, et varie suivant le cas particulier qui se présente.

Je me suis très bien trouvé d'une solution d'azotate d'argent, ou de sulfate de zinc employée en badigeonnages tous les deux jours.

Le traitement général consiste dans l'emploi des sangsues dès le début, ou des vésicatoires aux environs du larynx, qui apportent un grand soulagement aux malades, surtout dans les cas rebelles.

(1) R. Virchow. *Ueber katarrhalische Geschwüre. Berliner Klinische Wochenschrift*, n° 8, 1884.

(2) Klebs. *Handbuch des pathologischen Anatomie*. Hans Eppinger, *Larynx und Trachea*. Berlin, 1880.

(3) Wesener. *Ueber das Vorkommen von Tuberkelbacillen in den Organen Tuberkulöser. Deutsches Archiv f. Klinische Medizin*, tom. 34, chap. 5 et 6.

(4) *Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 4, 1883.

(5) Beschorner. *Ueber Husten Jahresberichte d. Gesellschaft für Natur u. Heilkunde*, 1880-1881.

(6) Schottelius. *Zur Aetiologie einfacher Kehlkopfgeschwüre.*

DES TROUBLES AUDITIFS PAR DÉTONATION D'ARMES A FEU. — CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'OTOPIÉSIS (COMPRESSION AURICULAIRE) DES ADULTES

par le Dr Boucheron (Paris).

Lorsque plusieurs milliers de soldats procèdent aux exercices à feu, avec les mêmes fusils et les mêmes cartouches, quelques hommes seulement sont atteints de troubles du côté de l'oreille; et cependant ce sont le même choc, la même commotion auriculaire pour tous. Parmi ces hommes atteints, les uns ont une *lésion visible*, comme une *déchirure du tympan*, une *hémorrhagie de l'oreille* et quelquefois plus tard des *otorrhées* avec leurs conséquences. Les autres ont des troubles auditifs, *sans lésions apparentes* des membranes externes; ils ont de la surdité, des bourdonnements, des vertiges, etc.

Ces altérations de l'ouïe sont attribuées un peu vaguement à la vibration violente de la membrane du tympan, à la commotion de l'oreille interne.

Mais pourquoi n'y a-t-il qu'un si petit nombre d'hommes atteints, lorsque plusieurs milliers sont soumis aux mêmes causes apparentes, aux mêmes détonations, aux mêmes chocs, à la même commotion?

Il y a là une cause prédisposante cachée que nous désirerions élucider.

Pour limiter le sujet nous ne nous occuperons ici que des cas les plus simples, c'est-à-dire des cas où il n'y a aucune lésion apparente, aucune déchirure tympanique.

Mais d'abord, que se passe-t-il dans l'oreille, quand une détonation se produit?

Les gaz formés par la déflagration de la poudre, refoulent l'air qui atteint l'oreille, à la fois, par le conduit auditif externe et par le nez. Il entre par la trompe, comme lors de nos insufflations d'air. Dans ces conditions la membrane tympanique se trouve interposée entre deux courants aériens de sens opposés et à peu près égaux, qui se font équilibre. Aussi les oscillations de la membrane tympanique, de l'appareil des osselets sont-elles compatibles, très habituellement, avec l'intégrité du labyrinthe; grâce, sans doute, aux soupapes de sûreté des liquides labyrinthiques (aqueducs de l'endolymphe et de la périlymphe) par lesquels le liquide peut en partie refluer hors du labyrinthe.

La situation est tout autre, si la trompe est obstruée, et si l'introduction de l'air comprimé par la détonation, ne peut se faire instantanément dans la caisse. L'air comprimé presse seulement sur la face externe du tympan qui se déchire, ou bien résiste et s'enfonce, entraînant les osselets et l'étrier vers le labyrinthe. Le liquide labyrinthique comprimé presse les nerfs de l'oreille, produisant la surdité plus ou moins durable, ou les bourdonnements et les vertiges par excitation des nerfs labyrinthiques comprimés, les aqueducs, soupapes de sûreté physiologiques, ne suffisant pas à l'échappement instantané de la quantité nécessaire de liquide labyrinthique (?) (*figure I*).

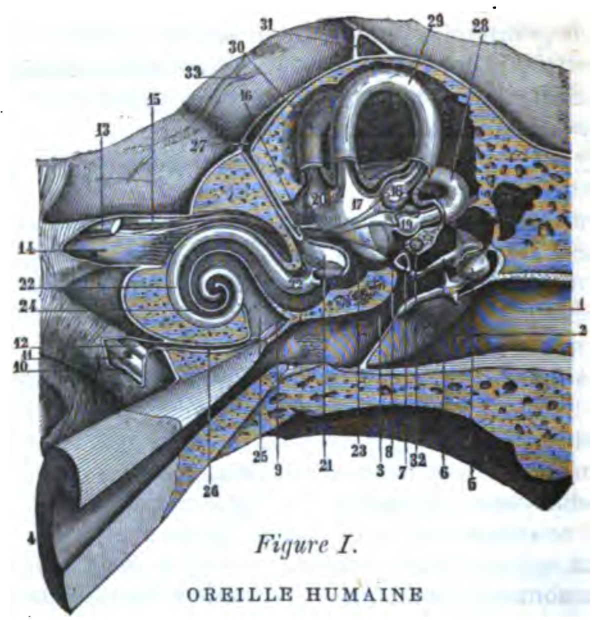


Figure I.

ORBILLE HUMAINE

Labyrinthe et Aqueducs du Labyrinthe

1. Conduit auditif externe. — 2. Membrane tympanique. — 3. Caisse du tympan. — 4. Trompe d'Eustache. — 5. Marteau. — 6. Enclume. — 7. Étrier. — 8. Fenêtre ovale. — 9. Membrane de la fenêtre ronde. — 10. Nerf spinal. — 11. Nerf pneumo-gastrique. — 12. Nerf glosso-pharyngien. Ces trois nerfs sont enveloppés dans une gaîne arachnoïdienne commune où vient déboucher l'aqueduc de la périlymphe (26). — 13. Nerf facial. — 14. Nerf acoustique, portion cochléenne. — 15. Partie du nerf acoustique *(nerf de l'équilibre)* qui se distribue à la macule de l'utricule (17) et aux crêtes des ampoules (18, 19) des canaux semi-circulaires. — 16. Nerf de l'ampoule postérieure (20). — 21. Saccule, avec sa macule acoustique. — 22. Canal cochléaire. — 23. Périlymphe qui circule autour de l'utricule et du saccule, pénètre dans la rampe vestibulaire (24) et passe dans la rampe tympanique (25) pour s'échapper par l'aqueduc de la périlymphe (26) dans le liquide céphalorachidien. — 27. Réservoir intraduremérien de l'endolymphe, où aboutit l'aqueduc de l'endolymphe, communiquant avec le saccule et l'utricule. — 28. Canal semi-circulaire horizontal. — 29. Canal sem.-circ. frontal. — 30. Canal sem.-circ. sagittal. — 31. Coupe du sinus pétreux supérieur. — 32. Nerf facial, dans le conduit de Fallope.

Ainsi théoriquement, quand la trompe est libre, pas de compression excessive de la membrane tympanique ni du labyrinthe.

Et, au contraire, si la trompe est obstruée, compression violente du tympan et des nerfs labyrinthiques avec leurs conséquences variées.

Le premier élément de la démonstration nous est fourni par l'observation des sujets qui entrent ou séjournent dans une cloche à air comprimé.

Le second ordre de preuves nous vient des patients lésés par la détonation d'armes à feu.

I. — DES EFFETS AURICULAIRES DE L'AIR COMPRIMÉ DANS LES CLOCHES A PLONGEUR.

Un sujet sain, qui a *les trompes libres*, entre dans la cloche où l'on comprime de l'air, il *n'éprouve aucun trouble auriculaire*, parce que l'air comprimé, en même temps qu'il atteint l'oreille par le conduit auditif externe, pénètre par la trompe dans la caisse tympanique. Il y a équilibre sur les deux faces de la membrane tympanique. Le sujet peut même faire un long séjour dans la cloche, sous une pression élevée, pourvu que ses trompes ne s'obstruent pas, par exemple, par le refroidissement et l'humidité.

Si au contraire, un patient *dont les trompes sont obstruées* entre dans la cloche, à mesure que la pression monte, l'air comprimé n'agissant plus que sur la face externe de la membrane tympanique, la refoule, enfonce l'étrier dans le labyrinthe, et comprime par conséquent les nerfs labyrinthiques, malgré l'action dérivatrice des aqueducs du labyrinthe; ce qui confirme notre opinion que les aqueducs sont surtout des soupapes de sûreté physiologiques, insuffisantes dans les cas pathologiques.

Il en résulte une sensation de pression douloureuse de l'oreille, une diminution de l'ouïe, du bourdonnement et même des vertiges.

Les insufflations artificielles d'air, en forçant l'air à pénétrer dans la caisse à la pression ambiante, rétablissent l'équilibre de pression et font cesser les accidents.

Un sujet entré dans la cloche avec les trompes libres et s'enrhumant dans la cloche, peut avoir une obstruction rapide de la trompe. L'équilibre de pression cesse des deux côtés de la membrane tympanique qui peut se rompre sous un choc brusque du piston, ou bien il se produit une surdité subite par compression labyrinthique (1).

Dans ces expériences de cloche à air comprimé où les phénomènes se produisent d'une manière lente, le mécanisme des troubles auditifs a été assez facile à reconnaître, et il est parfaitement démontré maintenant (Paul Bert) que c'est bien l'obstruction préalable de la trompe qui est la condition *sine quâ non* de la compression auriculaire, des lésions compressives de la membrane tympanique ou de la surdité par compression labyrinthique (surdité otopiésique) sans lésions des appareils externes de l'oreille.

D'après mon éminent maître, M. Paul Bert, qui a étudié d'une manière si approfondie et si remarquable, les phénomènes de pression (*La pression barométrique*, Paris, Masson), les phénomènes douloureux de compression auriculaire dans la cloche à air comprimé, apparaissent déjà sous une pression très faible, de quelques millimètres de mercure, et la douleur auriculaire de compression est intense, à la pression de 8 à 10 centimètres de mercure.

Pour éviter les phénomènes de la pression auriculaire, M. Bert recommande de commencer, dès l'entrée dans la cloche, les mouvements de déglutition salivaire (mouvements dilatateurs de la trompe), afin d'ouvrir, dès le début, la trompe à l'air comprimé qui entre alors dans la caisse pour équilibrer la pression.

Quand, sous la pression de quelques millimètres de mer-

(1) Il ne s'agit pas ici des surdités survenant au sortir de la cloche à air comprimé, *surdités de sortie* produites par la décompression trop brusque, les lésions ayant un tout autre mécanisme : la mise en liberté des gaz dissous dans le sang, les embolies gazeuses capillaires, les ruptures vasculaires dans le labyrinthe et dans les systèmes nerveux et musculaire.

cure, les douleurs auriculaires commencent, la déglutition effective de liquide permet encore l'ouverture de la trompe et l'introduction de l'air dans la caisse. Il en est de même de l'insufflation directe de l'air par la méthode de Valsalva.

Si l'on attend que la pression soit à quelques centimètres de mercure, la déglutition des liquides ne suffit plus pour ouvrir la trompe, ni l'insufflation valsalvienne : la pression sur la valve antérieure de la trompe étant alors supérieure à l'action du muscle dilatateur de la trompe.

Cependant la déglutition d'un solide (bouchée de pain) et le mouvement synergique concomitant, peuvent encore ouvrir la trompe, quand l'insufflation valsalvienne est insuffisante (Paul Bert. — Communication orale).

Il ne s'agit pas ici de trompes obstruées par gonflement des tissus, mais seulement de trompes dont les parois sont momentanément agglutinées par le mucus, et dont la valve antérieure est fortement appliquée sur la postérieure par la pression atmosphérique augmentée.

Dans les trompes obstruées par gonflement des tissus, les conditions sont changées et aggravées.

II. — DES EFFETS AURICULAIRES DE LA COMPRESSION DE L'AIR, PAR DÉTONATION D'ARMES A FEU A L'AIR LIBRE.

Lors d'une détonation d'armes à feu, la compression de l'air est rapide, mais elle a les mêmes effets que lorsqu'elle est lente et prolongée, comme dans la cloche à air comprimé. Les *effets nuisibles ne se produisent que si les trompes sont préalablement fermées*.

C'est ce que nous avons pu observer dans trois cas :

Observation I. — Un monsieur, âgé de plus de soixante-dix ans, entre dans un stand et tire à la cible cinq coups de révolver.

Aussitôt il perçoit un bourdonnement pénible des deux côtés. Ces bourdonnements très intenses d'abord et très désagréables, diminuèrent quelque peu les jours suivants. Leur intensité variait dans la journée, augmentait par le passage d'une voiture. L'ouïe avait également diminué.

Lorsque je vis le malade, quinze jours après l'accident, les bourdonnements persistaient encore. A ce moment, la trompe droite était encore obstruée, les insufflations d'air par la méthode de Valsalva étaient impuissantes à faire passer l'air dans la caisse.

Par la Politzérisation, on parvint à grand'peine à faire pénétrer quelques bulles d'air. Avec la sonde, l'air arriva dans la caisse, sous forte pression et avec difficulté.

Ce malade, acnéique et priseur, était atteint de pharyngite chronique et présentait une diminution importante de l'ouïe des deux côtés : montre à 5 centimètres à gauche, et au contact à droite, ce qui ne nous permit pas d'apprécier de combien son accident avait diminué son acuité auditive.

Le diapason vertex est entendu à peu près également des deux côtés. Les membranes tympaniques étaient intactes, un peu opaques et déprimées.

Observation II. — Il y a trois ou quatre ans, j'étais à la chasse un jour d'hiver, et depuis quelque temps, j'étais en faction au coin d'un bois, les pieds dans la boue, la tête dans le brouillard, réprimant à chaque instant un éternuement, quand un lièvre venant à partir, je fais feu.

Du coup, j'éprouvai un assourdissement douloureux, avec sensation de serrement et de compression auriculaire.

Séance tenante, je fis une insufflation d'air à la Valsalva, et je constatai qu'une de mes trompes était en partie obstruée de par mon coryza du matin.

La sensation désagréable de l'oreille avait pris fin au bout de quelques minutes, et mon coryza avec l'obstruction tubaire avait cessé deux ou trois heures plus tard, après avoir déjeuné et m'être réchauffé.

Cette expérience personnelle m'avait éclairé sur le mécanisme des troubles auriculaires par détonation.

Car c'étaient le même fusil, les mêmes cartouches qui me servaient depuis longtemps. La seule chose nouvelle était le coryza et l'obstruction momentanée de la trompe.

Est-il besoin d'insister sur ce point important, que

dès le lendemain ma trompe était redevenue perméable comme à l'état normal, et que si j'avais dû faire examiner mes oreilles vingt-quatre ou quarante-huit heures après l'incident, il y eût été impossible de constater quoi que ce soit d'anormal dans la trompe.

Si dans l'observation I, j'ai pu constater l'obstruction de la trompe, quinze jours encore après l'accident, c'est que ce malade est habituellement affecté d'obstruction tubaire, et que, grâce à cette circonstansce accessoire, le mécanisme otopiésique n'avait pas cessé en quelques heures.

Observation III. — Le père d'un étudiant en médecine, interne des hôpitaux, assistait à une expérience où une détonation doit se produire quand on crochette une serrure. (Système de protection contre les voleurs.)

Au moment de la détonation, ce malade était placé à environ 3 mètres et regardait directement l'appareil, par conséquent les deux oreilles étaient à égale distance du foyer détonant.

Un assourdissement douloureux se produisit à l'oreille gauche, avec bourdonnement et diminution très notable de l'ouïe.

Quinze jours après l'accident, je vis le malade. L'oreille gauche atteinte, n'entendait plus la montre qu'au contact. L'oreille droite, autrefois la moins bonne, était devenue la meilleure; elle n'entendait cependant la montre qu'à deux ou trois centimètres.

L'oreille externe était intacte, le tympan déprimé. L'examen des trompes révèle à gauche et à droite l'imperméabilité à l'insufflation valsalvienne. A l'insufflation Politzérienne, l'air passe facilement à gauche, avec difficulté à droite.

Catarrhe naso-pharyngien ancien.

Il est facile de reconstituer la scène de l'accident. Il y avait obstruction intermittente des trompes ayant déterminé à droite une surdité assez marquée.

Le jour de l'accident, il y avait désobstruction à droite

et obstruction à gauche, ce qui a rendu possible le phénomène de compression, lors de la détonation; puis réobstruction plus marquée à droite le jour de mon examen.

Cette observation n'est pas aussi démonstrative que les deux premières; cependant, il n'y manque pas l'élément nécessaire au mécanisme de compression, l'obstruction tubaire momentanée.

D'ailleurs, l'obstruction tubaire pouvant être très fugitive, comme l'obstruction des narines dans le coryza, les observations démonstratives sont rares

A côté de ces cas légers, et par conséquent peu compliqués, et plus propres à l'élucidation du mécanisme intime de l'affection, nous pouvons citer le cas intéressant, rapporté par de Trœltsch, d'un canonnier qui devint sourd des deux oreilles, au septième coup de canon, sans lésion de la membrane tympanique.

Mais, de Trœltsch ne vit le soldat que deux jours après l'accident, et à ce moment il trouva les trompes libres, Ce fait ne peut donc pas servir à notre démonstration.

Nous n'insisterons pas ici sur les faits où sont notées les lésions multiples, perforations tympaniques, otorrhées, surdités graves avec vertiges, bourdonnements et même mutité (Bonnafont).

M. Moos, à la dernière séance de la Société française d'Otologie et de Laryngologie (1884), a cité un cas de troubles auditifs par explosion d'un gaz détonnant. Le malade eut une double perforation tympanique avec otorrhagie et otorrhée, bourdonnements et diminution de l'ouïe. Les lésions multiples observées dans ce cas, ne permettent pas de tirer, de ce fait, des conclusions positives sur le mécanisme intime de la surdité, par compression, sans lésions extérieures.

Dans la même séance, M. Moos a communiqué un cas de surdité partielle par *décompression à la sortie d'un caisson à air comprimé*. Ces surdités par décompression ont un tout autre mécanisme que les surdités par compression.

Nous avons à faire ici une petite digression *sur les obstructions momentanées des trompes.* Car, c'est l'existence de ces obstructions tubaires fugaces, qui fait le mieux comprendre l'apparition des accidents auriculaires, par le mécanisme de l'otopiésis (compression auriculaire).

Quand on parle d'obstruction tubaire, on pense, le plus souvent, à ces variétés d'obstructions prolongées pour lesquelles on a proposé la dilatation par des bougies, l'électrolyse, comme l'ont fait nos collègues, MM. Garrigou-Desarènes et Baratoux.

Mais il existe une variété d'obstruction de courte durée, intermittente, qui présente aussi beaucoup d'intérêt.

On peut acquérir des renseignements très précis sur l'évolution de cette obstruction, quand on interroge un malade qui a des bourdonnements, à chaque crise d'obstruction, bourdonnements qui cessent par l'insufflation d'air à la Valvalsa.

On apprend ainsi que dans le cours d'une journée, certains malades ont jusqu'à cinq ou six crises de bourdonnement, chaque crise correspondant à une obstruction momentanée de la trompe et cessant par quelques insufflations d'air.

Ainsi les crises d'obstruction tubaire et de bourdonne ment surviennent en hiver surtout, par exemple le matin, un peu après le réveil, au moment du léger refroidissement matutinal et disparaissent après le lever dans la station verticale.

Une autre crise survient après le refroidissement léger qui a lieu pendant la toilette du matin, dans une chambre froide, avec des vêtements insuffisants.

Une autre crise dans la journée, si les pieds humides se refroidissent pendant un séjour un peu prolongé dans une voiture non chauffée.

Une autre, après une station dans le brouillard hivernal.

Une autre, en passant d'une chambre froide dans une

chambre chaude ou bien en passant d'une chambre chaude dans une froide.

Une autre, le soir en s'étendant à demi horizontalement dans un fauteuil.

Une autre, en changeant de vêtement.

Une autre, dans la position horizontale au lit, etc.

Ces diverses circonstances que j'ai notées chez un seul sujet, peuvent varier à l'infini; de sorte qu'un sujet prédisposé peut être pris d'obstruction catarrhale momentanée de la trompe, soit une fois, soit plusieurs fois dans la journée surtout en hiver.

Si une détonation survient pendant une de ces obstructions momentanées, le phénomène de la compression labyrinthique s'effectue avec intensité, comme nous l'avons expliqué plus haut, et le nerf acoustique comprimé peut subir une lésion plus ou moins profonde.

Si les oreilles du sujet sont examinées plusieurs heures ou plusieurs jours après l'accident, on peut trouver les trompes libres, l'obstruction tubaire n'ayant duré qu'un moment, et ayant passé inaperçue du patient.

Ceci expliquerait, à mon avis, comment de nombreuses détonations d'armes à feu ne produisent aucun effet fâcheux, tandis que, un jour et comme par hasard, une détonation semblable aux autres, détermine un trouble plus ou moins marqué de l'ouïe.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. Revenons maintenant à la compression labyrinthique pour nous occuper des *altérations du nerf acoustique par compression.*

Il est clair que dans les cas légers, comme ceux que nous avons cités, personne n'a jamais pu faire d'examen anatomique du labyrinthe.

Dans les cas intenses, la compression du liquide labyrinthique fait refluer en partie la périlymphe dans le liquide céphalo-rachidien, par l'aqueduc du limaçon; l'endolynphe reflue dans le réservoir intraduremérien par l'aqueduc de l'endolymphe; puis la pression se

fait sentir sur les points d'entrée du nerf, dans le canal cochléaire au niveau des trous de la lame perforée, et, *in parte superiore*, au niveau des trous où les les nerfs vont aux macules et aux crêtes acoustiques. La compression des filets nerveux contre les bords résistants de ces orifices peut amener la rupture du cylindre-axe, et plus tard la ***dégénérescence du bout périphérique du nerf***, avec la ***dégénérescence*** dystrophique ***des cellules sensorielles terminales;*** de la même manière que dans la langue, on voit dégénérer les cellules sensorielles du goût ou organe de Golgi, après la section expérimentale du lingual.

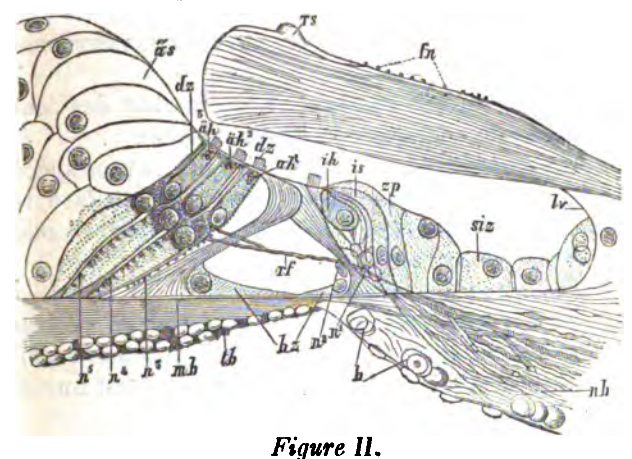


Figure II.

ORGANE DE CORTI DU LAPIN. — TERMINAISON DES NERFS DANS LES CELLULES SENSORIELLES CILIÉES

(D'après Retzius).

n h. Nerf acoustique avec ses fibres munies d'une gaîne de myéline. — n^1, n^2. Trous par où sortent les cylindres-axe *rf*, pour se rendre aux cellules sensorielles ciliées externes ah^1, $\ddot{a}h^2$, $\ddot{a}h^3$, et interne ***ih***. — n^3, n^4, n^5. Filets nerveux interposés entre les cellules de Deiters, *dz*. — ***as***. Cellules externes non sensorielles. — ***is, zp***. Cellules internes non sensorielles. — ***siz***. Cellules de l'angle interne. — ***lv***. Insertion de la membrane recouvrante. — ***bz***. Cellules du pied des piliers. — ***mb***. Membrane basilaire. — ***tb***, Cellules de la face scalaire de la membrane basilaire. — ***b***. Vaisseau.

Cette section des filets nerveux du nerf cochléaire, et la destruction dégénérative des cellules sensorielles de

Corti, ont été observées par nous dans des labyrinthes de chien, non pas, à la vérité, après un traumatisme, mais après des phénomènes spontanés de compression otopiésique.

Nous voulons seulement dire ici, que ces lésions de section nerveuse sont possibles dans les traumatismes de compression labyrinthique, quoique nous ne les ayions pas encore vues après un traumatisme récent, puisque ces lésions peuvent se produire après une compression labyrinthique non traumatique.

La compression des vaisseaux labyrinthiques peut aussi amener la rupture de ces vaisseaux, et les hémorrhagies consécutives aggravent les lésions nerveuses de compression.

Ainsi, dans notre opinion, la hiérarchie des lésions auriculaires de compression est la suivante :

La principale lésion, la plus importante, la plus spéciale, c'est la compression des filets nerveux auditifs à leurs points d'entrée dans le labyrinthe, *compression anesthésiante et non destructive.*

Dans les cas plus intenses, se produisent la *section du cylindre-axe et la dégénérescence du bout nerveux périphérique et des cellules sensorielles qui sont sous leur dépendance trophique.*

La rupture des vaisseaux labyrinthiques est une complication possible et non nécessaire.

La rupture de la membrane tympanique peut préserver le labyrinthe de la compression, si la rupture est rapide, dès le début de la compression ; parce qu'alors il n'y a plus compression labyrinthique, ou il n'y a qu'une compression modérée.

La rupture tympanique tardive, après que la compression labyrinthique et la section nerveuse ont eu lieu, n'est plus qu'une lésion accessoire.

L'hémorrhagie de la caisse et l'otorrhée après rupture de la membrane tympanique, ne sont plus aussi que des lésions accessoires.

Un mot sur la fréquence relative des lésions auditives par détonation d'armes à feu.

Nous trouvons à ce sujet une note instructive dans l'excellent traité (p. 220) de notre éminent collègue, le professeur Politzer, traduit si élégamment et si clairement en français, par notre sympathique ami, Joly, de Lyon.

Cette note est due à M. le Dr Chimani.

En l'espace de dix ans, il n'a constaté, à l'hôpital militaire de Vienne, que deux cas de rupture du tympan par détonation de fusils chargés à balle.

Les troubles auditifs sans lésions du tympan ne sont pas cités.

Il n'y a pas eu un seul cas de rupture tympanique, par détonation des canons chargés par la culasse.

Le Dr Chimani donne de cette rareté pour le moins singulière les raisons suivantes :

A l'époque où l'on se servait des canons se chargeant par la bouche, un des canonniers devait se tenir près de la bouche, à deux pas en arrière, pour exécuter une manœuvre spéciale ; et c'était cet homme, placé tout près du centre de la détonation, qui était quelquefois atteint de lésion de l'oreille, lorsque le projectile sort du canon.

Maintenant, avec les canons chargés par la culasse, au moment de la détonation, tous les hommes se retirent à dix pas en arrière, sauf le pointeur. Depuis cette modification dans la manœuvre de l'artillerie, les canonniers ne sont plus ou presque plus atteints de lésions auriculaires.

Comparaison des troubles auriculaires otopiésiques par détonation des armes à feu avec les troubles auriculaires par compression otopiésique, pour d'autres causes.

Explosion de gaz détonants. — M. le professeur Moos a présenté à la Société française d'otologie (1884), une très intéressante observation, où le sujet, victime de l'explosion d'éther chlorophtalique, eut à la fois une rupture

tympanique, une ·otorrhagie, puis une otorrhée; et, comme le fait remarquer M. Moos, il n'en résulta qu'une dureté de l'ouïe.

Ce malade rentre dans la règle que la rupture tympanique atténue l'otopiésis labyrinthique par détonation, car l'audition n'était pas entièrement perdue.

La surdité des chaudronniers dont M. le professeur Roosa a fait une étude si remarquable (*in Archiv of Otology*, 1884) ainsi, que MM. Holt, Emerson, etc., se rapproche beaucoup, à notre avis, des surdités par otopiésis après détonations.

Dans la surdité des chaudronniers l'agent nocif est la compression de l'air consécutive au choc des marteaux.

Cette compression n'est réellement dangereuse que si elle est transmise avec intensité au labyrinthe, les trompes étant obstruées, de par le mécanisme cité plus haut.

En résumé : les troubles auriculaires par détonation d'armes à feu de petit calibre, étant très rares par rapport au nombre considérable des détonnations, ne se manifestent que *s'il existe préalablement chez le sujet une cause prédisposante*.

Cette condition préalable *sine quâ non* est *l'obstruction momentanée de la trompe d'Eustache*.

Car si la trompe d'Eustache est ouverte, l'air comprimé par la détonation pénètre dans la caisse et fait équilibre à la pression qui existe dans le conduit auditif externe.

Si la trompe, au contraire, est fermée, *l'air comprimé ne peut pas entrer dans la caisse* et *ne peut faire équilibre à la violente pression* qui se produit sur la face externe de la membrane tympanique.

Cette pression intense est transmise par la chaîne des osselets au liquide labyrinthique et au nerf acoustique, à leurs points d'entrée dans le labyrinthe par les trous de la lame perforée.

Les aqueducs du labyrinthe, qui sont seulement des soupapes de sûreté *physiologiques*, sont insuffisants pour compenser l'excès brusque de pression.

La pression du nerf est, au premier degré, *une pression anesthésiante et non destructive.* A un degré plus intense, la *pression est destructive* des filets nerveux, ce qui peut produire ultérieurement la destruction des cellules sensorielles du labyrinthe, comme la section expérimentale du lingual produit la destruction ultérieure des cellules sensorielles du goût (1).

Ce mécanisme de compression labyrinthique ou otopiésis (de πιεσις compression) est analogue à la compression auriculaire qui s'observe dans l'air comprimé, où une pression de quelques millimètres de mercure (les trompes étant fermées) produit déjà une compression auriculaire douloureuse, qui devient très pénible à 8 ou 10 centimètres de mercure (Paul Bert).

L'état pathologique appelé vaguement *commotion* auriculaire est donc la conséquence d'un mécanisme précis, dont la *condition première, indispensable, est l'obstruction préalable de la trompe,* et dont les *effets sont la compression des nerfs acoustiques avec ses conséquences.*

Les autres lésions de la membrane tympanique (perforation de la caisse, hémorrhagie, otorrhées) sont *des lésions accessoires ou des complications,* la surdité pouvant se produire sans aucune de ces lésions apparentes.

La *perforation* tympanique, brusque et rapide, *peut même préserver le labyrinthe* d'une pression excessive, en établissant rapidement un équilibre de pression aérienne, sur les deux faces de la membrane tympanique.

La thérapeutique.

La thérapeutique préventive s'adresse à l'obstruction tubaire qui expose à un effet dangereux de la détonation.

(1) Dans l'œil, une compression brusque, par un choc, produit aussi la rupture d'un ou plusieurs nerfs ciliaires (mydriase partielle ou totale), et un affaiblissement visuel, momentané ou durable. Le mécanisme de ces lésions c'est la compression des tubes nerveux, contre les bords rigides des trous scléroticaux, par lesquels ces nerfs entrent dans l'œil. C'est le liquide oculaire, incompressible, qui est l'agent de la transmission de la pression sur les points d'entrée des nerfs.

Au moment de la détonation (artilleurs, artificiers) il est utile de faire une série de mouvements de déglutition ce qui permet le désaccollement des parois de la trompe et facilite l'entrée de l'air comprimé. Ou bien il faut, si l'on a une obstruction tubaire, insuffler préalablement, dans la caisse, de l'air qui s'y accumule sous pression et peut, dans une certaine mesure, faire équilibre à la pression extérieure de la détonation.

L'enfoncement de l'étrier, vers la fenêtre ovale, exige des insufflations d'air dans la caisse pour déplacer en sens inverse les osselets et le tympan.

Les lésions préalables du catarrhe tubo-tympanique et leurs conséquences qui existent avant l'accident, ajoutent leurs effets à ceux de la compression, et exigent leur thérapeutique ordinaire.

Quant aux effets mêmes de la compression labyrinthique, ils sont doubles, avons-nous dit :

1° L'anesthésie des fibres nerveuses, curable spontanément et avec l'aide de la galvanisation (courants continus) ;

2° La rupture des fibres nerveuses et la destruction des cellules sensorielles. Ces lésions ne sont pas modifiables, les régénérations des fibres nerveuses sensorielles n'étant rien moins que démontrées.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Manuel pratique des maladies de l'oreille (1), par le Dr Lévi.

Le traité pratique des maladies de l'oreille, que le Dr Lévi offre au public médical, est un ouvrage écrit consciencieusement, très précis et bien divisé, qui tout en donnant un tableau exact de l'état de la science sur les diverses questions qui y sont traitées, est resté un livre de vulgarisation, véritablement pratique, appelé à rendre de grands services ; nous allons en faire une rapide analyse.

(1) Delahaye et Lecrosnier, éditeurs, Paris 1885.

L'auteur indique d'abord les moyens de diagnostic général des maladies de l'oreille, ainsi que les procédés et instruments divers nécessaires à cet examen ; puis il passe successivement en revue, avec beaucoup de compétence et d'érudition, les maladies des différentes régions de l'oreille ; chaque chapitre est précédé d'une étude anatomique et physiologique de la région. Enfin, les dernières parties de l'ouvrage sont consacrées à l'étude de la surdi-mutité, de ses causes et de son traitement, à la description des divers instruments acoustiques, cornets et autres plus récents, à la surdité simulée et aux moyens de la reconnaître, à l'hygiène de l'oreille et à l'examen de cet organe sur le cadavre. Signalons, enfin, une bibliographie très étendue des travaux publiés sur les maladies de l'oreille, trop étendue peut-être, car ici, comme ailleurs, la qualité vaut mieux que la quantité, mais enfin nous devons savoir gré au Dr Lévi d'avoir réuni ce nombre considérable d'indications, où chacun pourra puiser selon ses besoins ou son goût. P. Garnault.

De l'otite externe périostique circonscrite, par le Dr Gellé.

L'auteur décrit sous ce titre certaines petites tumeurs du conduit analogue à ces tumeurs de nature arthritique nées du derme ou du périoste et contractées dans les régions où les os affleurent la peau.

La lésion est limitée au fond du conduit au niveau de la portion osseuse, elle se présente sous l'aspect d'une ou plusieurs petites tumeurs rosées, rondes, bien limitées et bien isolées les unes des autres, circonscrites, qui font saillie dans le conduit. En se développant elles se fusionnent et cachent le tympan. La douleur existe surtout au contact du stylet, mais jamais vive, le stylet donne la sensation d'une résistance ferme mais jamais osseuse, la petite tumeur pâlit à la pression sans se laisser déprimer d'une façon appréciable. Elle peut déterminer la surdité par obstruction. La lésion s'accompagne d'ordinaire d'une pharyngite sub-œdémateuse indolore. Légère réaction fébrile. L'auteur rattache la production de cette affection à l'arthritisme, il l'a vue deux

fois coïncider avec des manifestations articulaires. Pronostic bénin au point de vue de la lésion locale.

Traitement : Fumigations aromatiques vers les méats, irrigations tièdes répétées plusieurs fois par jour dans les conduits; le sulfate de quinine et le salicylate de soude contre la fièvre rhumatismale, et plus tard l'iodure de potassium compléteront la résolution. La pharyngite concomittante sera traitée par des fumigations, des gargarismes et des purgatifs répétés. (*Tribune Méd.*, 26 octobre 1884.) J. Ch.

Otalgie, causée par irritation des maxillaires supérieur et inférieur, par le docteur Sexton (*New-York Eye and Ear infirmary*).

Sexton a observé plusieurs cas d'otalgie très intense sans inflammation de l'oreille, et sans trace d'hyperémie; l'extraction de dents carieuses fit disparaître immédiatement la douleur dont elles étaient la cause.

Il est donc important, en art dentaire, de ne pas user à l'excès des procédés de conservation. (*New-York Medical Journal*, 4 octobre 1884.)

Tumeur épithéliale du conduit auditif externe; repullulation rapide; opération; guérison, par le Dr E. Menière.

Le malade se plaignait depuis trois mois d'un écoulement muco-purulent peu considérable de l'oreille droite. Depuis quelques jours un peu de douleur s'irradiant dans la tête. Audition très diminuée. L'auteur constate une tumeur ne ressemblant en rien aux tumeurs polypeuses.

Diagnostic. — Tumeur épithéliale dont le point de départ paraît être dans le conduit auditif osseux. Une portion de la tumeur est enlevée au serre-nœud, mais deux jours après le malade revient : la tumeur était presque aussi volumineuse que lors de la première visite. Opération nouvelle. L'examen histologique fait par M. Cadiat confirme le diagnostic. Le 7 août 1883 opération nouvelle, écoulement sanguin assez abondant, application de pâte de chlorure de zinc, qui cause d'assez vives douleurs. La repullulation s'arrête, mais on doit continuer l'application du caustique. Au mois d'octobre la cicatri-

sation était à peu près complète. A l'examen on constate vers la partie moyenne du conduit une surface un peu plus rouge que la peau du voisinage ; au stylet on sent sur tous les points une résistance osseuse. Hyperostose du conduit. Audition très diminuée. Mais toute trace de tumeur a disparu. (*Gazette des Hôp.*, 20 déc. 1884.) J. Ch.

Ténotomie du muscle de l'étrier, par le Dr Habermann.

Dans un cas de surdité, due à la contraction tétanique du muscle de l'étrier, consécutive à une crampe de l'orbiculaire des paupières, et accompagnée de maux de tête violents, le Dr Habermann obtint une guérison prompte et complète en pratiquant la ténotomie de ce muscle. L'application de l'électricité avait donné un résultat négatif. (*Wiener Medizinische Wochenschcrift*, 1er novembre 1884.)

Sur la thérapeutique du catarrhe sec de l'oreille moyenne (*sclérose*), par le Dr Delstanche fils, de Bruxelles.

Dans cet article, le Dr Delstanche préconise tout d'abord, pour le traitement du catarrhe sec de l'oreille moyenne, l'introduction dans la trompe ou la caisse, d'une pommade composée de : une partie d'iodoforme pour 5 à 10 parties de vaseline. Pour obtenir ce résultat, il introduit d'abord dans la trompe une bougie aussi grosse que le permet la dilatabilité de la trompe, qu'il laisse en place pendant une à deux minutes, pour y substituer immédiatement une bougie plus fine chargée du principe médicamenteux. Quelques douches d'air poussent la pommade jusque dans la caisse si on le juge nécessaire. Un gargouillement caractéristique, perçu à l'otoscope, indique la réussite de l'opération.

Ce mode de traitement est surtout indiqué dans la période hyperplasique du catarrhe sec ; il a paru exercer aussi une heureuse influence dans les cas de sclérose confirmée, mais à cet égard, l'auteur déclare que son opinion n'est pas encore bien assise. Mais pour ce qui est de la vaseline pure, il estime qu'il y a avantage, surtout dans les affections adhésives bien caractérisées, à combiner l'emploi des injections intra-tympa-

nales de vaseline, avec l'usage des différents moyens mécaniques propres de diminuer la rigidité du tympan et des osselets.

L'auteur énumère ensuite les différents moyens employés pour arriver à ce résultat. Un des meilleurs, d'après lui, après la douche d'air, est la raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe. Il parle à ce sujet des divers raréfacteurs et décrit celui dont il se sert, qu'il a fait fabriquer pour cet usage et qui n'est qu'une modification de l'appareil du Dr Pickney.

L'auteur a obtenu de très bons résultats de la raréfaction, tant à l'hôpital que dans sa pratique privée. Il termine son travail par une série d'observations de cas traités avec succès par la raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe (*An. des mal. de l'oreille*, déc. 1884). J. Ch.

Traitement d'un cas d'inflammation catarrhale aiguë de l'oreille moyenne par l'ablation à travers la trompe des sécrétions accumulées dans la caisse. *(On the treatment of a case of acute catarrhal inflammation of the midle ear by removal of accumulated secretions from the tympanum through the Eustachian tube)*, par le Dr S. Sexton.

Bon nombre d'otologistes et l'auteur lui-même, avaient depuis longtemps songé à soulager le malade en enlevant, par la succion à travers la trompe, les sécrétions qui y étaient accumulées, mais jusqu'à ce jour l'opération avait paru impraticable.

L'auteur rapporte un cas dans lequel il a pu pratiquer cette opération, et les résultats de ce traitement ont été confirmés par le patient lui-même, le prof. J. D. Bryant, qui était capable d'aprécier sainement les symptômes et les sensations qu'il éprouvait.

Le 29 janvier 1884, il est pris d'un coryza aigu qui s'accompagne d'une otite catarrhale moyenne aiguë. Les deux oreilles furent prises au début, bourdonnements, autophonie, douleurs, vertiges et affaiblissement considérable de l'audition. Le patient fait observer lui-même que le son de sa propre voix était si confus que la coordination des mouvements et la locomotion

étaient devenues fort difficiles. Bientôt les lésions parurent se concentrer à l'oreille droite et le malade vint trouver M. Sexton qui constate une otite catarrhale aiguë avec accumulation de mucosités dans la caisse. Le malade fut délivré, par l'opération à l'aide de la sonde et à travers la trompe, des mucosités qu remplissaient la caisse. *(The Lancet*, 18 octobre 1884.)

J. Ch.

De l'inflammation de l'apophyse mastoïde et du traitement de l'otorrhée à l'aide de poudres sèches (*On Mastoid inflammation and the treatment of otorrhea with dry powders*), par le Dr Ch. Warden.

L'auteur rapporte un cas de mastoïdite suppurée qui guérit une première fois après incision, se reproduisit jusqu'à quatre fois à des intervalles de temps assez éloignés, les dernières attaques étant toujours plus sérieuses que les premières.

Pendant la seconde il se produisit dans le conduit un polype qu'il dut enlever. Ouïe détruite, perforation du tympan, mais pas de signes de névrose.

L'auteur recommande ensuite vivement l'emploi de poudres sèches dans l'otorrhée. On les envoie dans l'oreille, préalablement détergée, à l'aide d'un insufflateur. Les poudres les plus généralement employées sont les acides borique, tannique, gallique, le talc, l'alun, le zinc, le cuivre, etc. *(The British Med. Journal*, 15 nov. 1884.)

J. Ch.

Paralysie faciale à la suite de traumatisme de la région temporale, par M. le Dr Véron, médecin militaire.

A la Société de Chirurgie, M. Chauvel lit un rapport sur deux cas de paralysie faciale consécutifs à des traumatismes de la région temporale. Dans les deux cas, la paralysie s'accompagne d'otorrhagie, douleurs, bourdonnements, perte de l'ouïe. Sous l'influence du traitement (sangsues, vésicatoires, faradisations, pointes de feu) la guérison survint complète, sauf dans le second cas où il resta un peu de diminution de l'acuité auditive. M. Chauvel ne considère pas ces deux malades comme complètement guéris (*Courrier médical*, 18 octobre 1884).

J. Ch.

Caries limitées du conduit, cause fréquente d'otorrhée rebelle, conseils pour le traitement, par le Dr Edward Woakes.

Il est des cas d'otorrhées rebelles dans lesquels l'examen de l'oreille montre la présence sur le tympan ou à son voisinage de granulations qui prennent naissance dans la caisse, et qui sont dues à une carie ou une nécrose d'un point limité de la paroi osseuse. En effet, en les touchant à la sonde, on éprouve une sensation légère de rugosité. Ceci explique la persistance de l'otorrhée tant que le traitement est dirigé seulement contre la prolifération des parties molles, tandis qu'on ne s'occupe pas de la carie sous-jacente.

Pour combattre cet état de choses, l'auteur a recours à l'acide sulfureux en solution étendue qui presque invariablement lui a donné des succès depuis cinq ans. Ce liquide paraît agir en dissolvant les sels terreux et les particules osseuses mortifiées, en entraînant les sécrétions au dehors et désinfectant la surface malade; il exerce, en outre, une action stimulante qui amène promptement la cicatrisation (Publié en anglais *in Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, juillet 1884). J. Ch.

Adénome ayant détruit la portion pierreuse du temporal et envahi l'organe de l'ouïe (*Destructive adenoma of the petrous portion of temporal bone, involving the organ of hearing*), par S. Sexton.

Le malade a, dans sa jeunesse, eu la danse de Saint-Gui (Saint Vitus's danse). Marin, depuis l'âge de quatorze ans jusqu'à vingt-quatre ans, il a fréquemment reçu des coups sur la tête. Marié à vingt-cinq ans, il tomba malade deux ans après son mariage, et sa femme fait observer qu'à cette époque, lorsqu'il riait, la face était déviée à gauche, la parole était imparfaite, et la déglutition lui donnait des accès d'étouffement. Ces symptômes ont persisté depuis. Plus tard, à la suite d'un violent coryza, il devient sourd de l'oreille droite. Depuis cette époque, il a fréquemment des vertiges. Il a éprouvé de vives douleurs dans l'oreille droite, à la suite de violentes inflammations de la caisse, survenues à diverses reprises.

L'auteur voit, pour la première fois, le malade en mai 1875; il est âgé de quarante-trois ans. L'état général est bon. Pas de trace de syphilis. Le décubitus se fait toujours sur le côté malade. Il se plaint, en dehors des symptômes auriculaires, d'une toux violente qui augmente lorsqu'on introduit le spéculum dans l'oreille. Il ne peut prendre de nourriture sans avaler d'abord une gorgée d'eau. On constate une paralysie très accentuée du côté droit de la face, il se plaint lui-même d'une grande faiblesse de ce même côté du corps.

L'oreille gauche est normale. Les conduits auditifs d'un calibre fort considérable. La portion osseuse du conduit auditif externe, à droite, est presque complètement oblitérée par la saillie de la muqueuse qui recouvre la paroi postéro-supérieure. Il n'existe pas d'écoulement constant venant de l'oreille moyenne, et comme on peut apercevoir la membrane du tympan terne et ayant un aspect parcheminé, *il est probable* que les sécrétions pénètrent dans l'apophyse mastoïde pour s'échapper de là, par la paroi postérieure du conduit.

Immédiatement au-dessous de la suture écailleuse, on constate l'existence d'une tumeur fluctuante de la grandeur d'une pièce de vingt-cinq centimes. La tumeur incisée laisse écouler 30 grammes environ d'un liquide séro-sanguinolent.

Le malade quitte le « Ear Dispensary » en 1876, et rentre à l'hôpital Saint-Luc; il y mourut en 1877, ayant conservé la plénitude de ses facultés intellectuelles.

A l'autopsie, on trouva une tumeur ayant détruit la portion pierreuse du temporal. Le tympan était intact, le manche du marteau en place, mais la caisse était remplie tout entière par le néoplasme. La tumeur, par sa face interne, comprimait le cervelet. L'examen microscopique démontra qu'on avait affaire à un adénome. (*The med. Record*, 1884.) J. Ch.

Phlegmon profond de la région temporale, par le Dr Campenon.

Le Dr Campenon rapporte un cas assez curieux de phlegmon profond développé à la suite d'une stomatite érythémateuse. Douleurs comme seul symptôme pendant près de trois semaines, formation lente du pus qui est très épais, évacuation

lente du foyer par le fait même de la nature du pus, fusée purulente vers le bord du masseter; malgré l'incision temporale un petit foyer temporal périphérique secondaire. Guérison complète (*Paris Médical*, 15 nov. 1884). J. Ch.

Rapports de certaines maladies de l'oreille avec le cerveau. *(On the relation of certain diseases of the ear to the brain)*, par le Dr Sterling, C. F.

Lorsqu'un enfant se présente, avec une otorrhée ancienne, datant quelquefois de plusieurs années, si le médecin auriste interroge les parents et leur reproche leur négligence, on les entend d'ordinaire vous répondre : « Le docteur a dit que ce n'était rien, que l'écoulement était dû à la croissance. »

L'auteur s'élève contre cette incurie et cette ignorance de bon nombre de praticiens qui non seulement négligent de traiter les suppurations de l'oreille, mais dont quelques-uns considèrent comme dangereux d'arrêter l'écoulement du pus. Il étudie les fâcheuses conséquences qui peuvent en résulter et les relations qui existent entre l'oreille et le cerveau. Il rappelle les travaux de Politzer à ce sujet, ceux du docteur Orne-Green (*Transaction of the American Otological Society*, 1871), de Kipp, Wieden, et rapporte lui-même un cas de méningite par propagation de l'inflammation de la caisse au cerveau. Il termine son travail par les conclusions suivantes :

1° Une suppuration de l'oreille moyenne peut toujours entraîner de dangereuses complications.

2° C'est une erreur radicale, et parfois fatale, de croire qu'une otorrhée, pouvant guérir d'elle-même, n'a aucune importance.

3° Plus le malade est jeune, plus on est exposé à voir une lésion locale se propager à des organes importants et compromettre la vie; on peut aussi ajouter que plus le malade est jeune, plus facilement aussi l'affection locale peut être enrayée.

4° Enfin le praticien manque à tous ses devoirs, quand il néglige de prévenir les parents qui reposent en lui leur confiance, des dangers qui peuvent survenir dans les cas de ce genre. *(Hahnemannian Monthly*, octobre 1884.) J. Ch.

De l'audition des sons en contact et des sons par influence et de l'action de la tension des membranes sur leur perception, par le Dr Gellé.

Le tympan transmet non seulement les vibrations aériennes, mais encore les vibrations solidiennes. La tension artificielle du tympan atténue non seulement les vibrations sonores apportées par l'air ambiant mais encore la sensation venue par voie osseuse crânienne.

Cependant, autant il est facile d'atténuer un son aérien, autant il est difficile d'éteindre par une tension forte des membranes le son des corps sonores qu'on met à leur contact.

Ecoutez en effet le son de la montre ou du diapason à l'aide d'un téléphone à ficelle long de 50 centimètres; tant que le fil est mollement tendu, l'audition est nulle, ajoutez au fil un poids de 1 gramme, le son s'entend, il devient très clair avec un poids de 5 grammes, pour disparaître si on charge le fil d'un poids de 15 à 20 grammes. Si vous mettez au contraire le diapason en contact avec le cornet du téléphone, le son persistera quel que soit le poids dont vous surchargiez le fil.

Il y a donc une différence sous le rapport de la conduction du son entre les sons aériens et les sons en contact.

Il entre dans ce dernier cas un facteur nouveau qui doit être sûrement rapporté à l'action exercée sur le labyrinthe par la platine de l'étrier. D'après M. Gellé, *l'atténuation du son crânien est due à l'enfonçure de la base de l'étrier vers le labyrinthe.*

M. Gellé a aussi étudié, au moyen du téléphone à ficelle, les phénomènes de transmission de la voix, de la parole et de la voix chuchotée, sous des tensions diverses imprimées aux deux membranes. La pénétration de la voix et de la parole chuchotée est supérieure, puis vient la transmission du langage articulé, qui est supérieure à celle de la montre et du diapason (*Tribune médicale*, 31 août 1884). J. Ch.

Des épistaxis spontanées (*Ueber spontane Nasenblutungen*), par le Dr Kiesselbach.

L'auteur rapporte le résultat de son expérience personnelle concernant l'épistaxis spontanée. Il a observé trente-cinq cas,

dans tous il a réussi à trouver la source de l'hémorrhagie, et toujours c'était la muqueuse de la portion cartilagineuse de la cloison, sa partie antéro-inférieure surtout qui saignait, excepté dans deux cas où l'hémorrhagie s'était produite une fois sur le cornet inférieur seul, l'autre fois sur le cornet inférieur et la cloison.

On peut donc, comme le disait Valsalva, atteindre avec les doigts les parties qui saignent. L'auteur ne s'est servi que de spéculums pleins. Si l'épistaxis est peu abondante, on aperçoit sans difficulté le point qui saigne; si l'hémorrhagie est plus abondante on met d'abord sur la partie couverte de sang un tampon d'ouate qu'on enlève quelques minutes plus tard ce qui permet de voir le point d'où vient le sang. Pour le reconnaître on ne doit pas se laisser égarer par les petits caillots, qu'il faut enlever à l'aide de petits bourdonnets d'ouate. On voit ensuite sur la muqueuse pourvue d'épithélium normal un ou plusieurs points présentant de petites ulcérations, et qui saignent au moindre attouchement; parfois on ne trouve rien d'anormal, si ce n'est que la coloration de la muqueuse est légèrement altérée, mais alors, si on la touche avec un pinceau d'ouate, elle saigne aussitôt, ce que ne fait pas une muqueuse saine.

Thérapeutique. — Indiquer au malade le point sur lequel il doit appliquer le tampon d'ouate, si l'hémorrhagie revient. Appliquer avec un pinceau d'ouate une pâte de perchlorure de fer avec un peu d'eau. Si l'on n'obtient aucun résultat, cautériser au galvano-cautère. C'est de cette façon que l'auteur a traité ses malades, tous ont guéri. Il a pu les revoir plus tard. Un d'eux est mort du mal de Bright. (*Berliner Klin. Wochens.*, 1884, et *Intern. Centralb. f. Laryng.*, n° 7, 1885.) Dr L. L.

Le tissu caverneux de la muqueuse du nez et ses relations avec la fente respiratoire *(Das Schwellgewebe der nasenschleimhaut und dessen Beziehungen zum Respirationspalt)*, par le Dr Zuckerkandl.

Chez les carnivores, la charpente osseuse de l'intérieur du nez est tellement développée que la fente respiratoire et olfactive est très étroite. Le tissu caverneux manque. Chez

les herbivores, c'est surtout l'ethmoïde qui est peu développée, mais il existe des organes caverneux sur la cloison, sur le plancher, sur les extrémités des cornets et sur le cornet moyen qui rétrécissent la cavité nasale. Enfin, chez le singe et chez l'homme, l'ethmoïde et le cornet inférieur sont très atrophiés, mais il y a des corps caverneux occupant les extrémités antérieures, postérieures, la face médiane du cornet inférieur et le bord libre du cornet moyen, ils tamisent l'air inspiré et le réchauffent. Le tissu caverneux du nez vide son contenu si l'on presse, et ses artères ne se déchargent pas directement dans des lacunes. C'est donc un tissu caverneux compressible. L'auteur ensuite décrit en détail la structure de ce tissu caverneux et parle des réflexes de la muqueuse nasale. Il fait allusion, en terminant, à un travail qui doit paraître plus tard et qui en donnera les détails. (*Wien. Med. Vochens.*, n° 38, 20 sept. 1884, et *Intern. Centralb. f. Laryng.*, *etc.*, n° 7, janv. 1885.) Dr L.-L.

Rhinoplastie après destruction complète du nez (*Rhinoplastic operation after complete destruction of the nose*), par le Dr Ward Cousins.

Le sujet de cette observation, à la suite d'un traumatisme grave de la face, d'un érysipèle et d'un écoulement purulent du nez consécutif, présentait une destruction complète du nez, avec une large perforation de la voûte palatine. Par l'ouverture béante des fosses nasales on apercevait la paroi du pharynx.

L'ouverture de la voûte palatine fut obstruée à l'aide d'une plaque en caoutchouc vulcanisé ; quant à la rhinoplastie, qui réussit complètement, elle fut faite en deux temps. Le premier consista à aviver les bords de l'ancienne cicatrice pour lui permettre de s'adapter au lambeau après obturation préalable de la cavité nasale à l'aide d'une éponge. Le lambeau fut ensuite taillé sur le front et rattaché par des points de suture. (*The British Med. Journal*, 13 octobre 1884.) J. Ch.

Papillôme du nez, par le Dr Hopmann.

Le Dr Hopmann décrit les papillômes du nez. Ils siègent exclusivement sur le cornet inférieur, et sont presque toujours

accompagnés de catarrhe purulent rétro-nasal qui disparaît après l'ablation de la tumeur. (*Virchow's Archives*, XCIII.)

J. Ch.

Traitement des polypes du nez par les injections interstitielles de tannin, par le Dr Bell.

Dans le *Canada Med. Review*, février 1884, le Dr Bell recommande, dans l'intérieur des polypes du nez, les injections d'une solution de tannin (un gramme pour quatre). On voit sous leur influence les polypes se dessécher et tomber. (*Saint-Louis Med. and Surg. Journal*, octobre 1884.) J. Ch.

Cancer épithélial primitif de la fosse nasale gauche, par MM. les Drs Charles Delstanche et Marisque.

J. Aertsen, 53 ans, de constitution robuste, se présente à la clinique otologique de l'hôpital Saint-Jean (Bruxelles), octobre 1881. Il se plaint de surdité et d'enchifrènement habituel très considérable. Pas d'antécédents héréditaires, antécédents morbides nuls jusqu'à l'âge de vingt ans où il fit une chute d'une hauteur de treize pieds; guéri au bout de quinze jours, il ne lui resta qu'une légère diminution de l'ouïe à gauche.

Il y a quatre ans de cela, à la suite d'une chute sur la tête, il eut une violente épistaxis, et depuis ce jour il a toujours ressenti, un peu au-dessus de la racine du nez, une douleur sourde et persistante. De cette époque date l'enchifrènement et la dureté de l'ouïe.

A l'examen, le tympan présente l'aspect du catarrhe chronique des caisses et des trompes à un très haut degré; l'audition à la montre est nulle; le diapason, placé sur le vertex, ligne médiane, est mieux entendu à gauche, mais à droite de la ligne médiane, les vibrations se répartissent également des deux côtés. Cathétérisme aisé à droite, s'accompagne d'épistaxis à gauche, obstruction de la trompe par exsudats abondants. Après le cathétérisme, la montre est entendue à gauche à 2 cent., à droite 0.

Écoulement sanieux et fétide des narines, sténose nasale absolue à gauche, incomplète à droite. A l'examen de la

fosse nasale droite, on aperçoit les muqueuses des parois rapprochées les unes des autres, gonflées et hyperhémiées; à gauche au contraire on trouve une tumeur d'un rouge blafard, très friable, saignant au moindre attouchement, n'ayant aucun rapport de continuité soit avec le plancher de la fosse nasale soit avec la partie inférieure de la cloison. La rhinoscopie postérieure ne peut être pratiquée, l'examen à l'aide du doigt fait découvrir dans la narine postérieure gauche une masse mollasse qui paraît être le prolongement de la tumeur constatée à la partie antérieure. Les ganglions du cou ne sont pas engorgés. État général bon. Une partie de la tumeur est enlevée à l'aide du serre-nœud, et donne lieu à une abondante hémorrhagie.

L'examen histologique est fait par M. Marisque, qui constate que l'on a affaire à un épithélioma parfaitement caractérisé. Vers la fin de novembre Aertsen disparut, consulta plusieurs médecins; son état s'étant compliqué de vertige et d'affaiblissement de la vue à gauche, il fit à l'hôpital Saint-Pierre un séjour d'un mois, et en mars 1883, le Dr Delstanche le vit chez lui. Le néoplasme s'était considérablement accru, avait perforé le plancher des fosses nasales et reposait sur la langue; le malade, pour éviter la suffocation, était obligé de tenir les mâchoires considérablement écartées. Intelligence intacte, surdité complète, sauf pour les vibratien du diapason sur le crâne. La partie de la tumeur reposant sur la langue fut réséquée par trois fois en moins de trois semaines. A la fin de mars Aertsen mourut à l'hôpital paisiblement sans vomissements ni convulsions.

Autopsie. — Poumon droit emphysémateux, congestionné, les bronches remplies de liquide purulent. Reins présentant les altérations de la néphrite interstitielle. Estomac présentant une dilatation veineuse considérable. Cerveau : l'incision de la dure-mère laisse échapper un flot de pus qui provient de la partie antérieure de la boîte crânienne; adhérences en certains points. La nappe fibrino-purulente occupe l'étage supérieur, la face inférieure des lobes frontaux et tous les organes voisins sont baignés par le pus.

Nez. — Volumineux, surtout au niveau de l'angle interne de l'œil. La tumeur occupe toute la cavité nasale ; la portion osseuse de la cloison est détruite, la partie cartilagineuse conservée. La tumeur atteint en haut la partie inférieure du corps du sphénoïde qui constitue la portion antérieure de la voûte rétro-nasale ; le corps du sphénoïde nécrosé est séparé de ses deux ailes droites par un foyer purulent, les sinus sphénoïdal et ethmoïdal postérieur sont remplis du tissu néoplasique ; il en est de même de la selle turcique au-dessous de la glande pituitaire qui n'est pas altérée, vomer détruit, plancher des fosses nasales perforé au centre ; la tumeur envahit le voile du palais et les piliers latéraux, les piliers postérieurs sont respectés.

Diagnostic. — L'examen histologique démontre que l'on a affaire à un épithélioma à cellules pavimenteuses. L'auteur rapproche cette observation de celle publiée par Wreden (*Archiv für Augen und Ohrenheilkunde,* IV, 2, p. 297), avec laquelle elle présente les plus grandes analogies tant au point de vue clinique qu'au point de vue du résultat de l'examen post mortem. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx,* juillet 1884.)

J. Ch.

Rhinosclérome, par M. le professeur Cornil.

Dans son cours, M. le professeur Cornil décrit, sous le titre de rhinosclérome, une affection rare en France décrite pour la première fois par Hebra et Kaposi, de Vienne. Cette affection débute par le nez et les parties voisines de la cloison, les narines et la lèvre supérieure. Elle se présente sous forme de plaques, de bourrelets, de nodosités de la peau et de la muqueuse ; ces productions sont planes ou saillantes, mullement limitées, dures, élastiques, luisantes, de couleur rouge clair ou gris, douloureuses à la pression ; elles font corps avec le derme qui est infiltré profondément. Elles ressemblent à des chéloïdes et ne montrent à leur surface ni poils, ni reliefs de glandes. Les parties voisines sont tuméfiées, le nez s'aplatit et s'élargit à son extrémité inférieure, les ailes du nez sont raides et immobiles, les orifices des

narines sont obstrués, la lèvre supérieure est indurée à son tour et envahie par la néoformation qui peut gagner les gencives et la muqueuse buccale, en même temps la propagation se fait par les fosses nasales à la muqueuse du voile du palais, du pharynx et même du larynx. Il peut en résulter de la sténose glottique.

Cette affection a été confondue avec le lupus et la syphilis; elle en diffère par ses caractères anatomiques et histologiques. Elle n'est en rien influencée par le traitement spécifique. (*Journal des connaissances médicales*, 29 mai 1884.)

Catarrhe chronique des fosses nasales *(Chronic nasal catarrh)*, par le Dr G. Morwood Lefferts.

Sous ce titre, catarrhe chronique des fosses nasales, on englobe des affections fort différentes et qu'il importe au médecin de savoir diagnostiquer, tant au point de vue du traitement qu'au point de vue du pronostic. Il existe, en effet, différentes formes de catarrhe nasal. L'auteur en admet trois variétés : 1° la rhinite chronique simple; 2° la rhinite hypertrophique; 3° la rhinite fétide ou atrophique.

La rhinite chronique simple, comme le nom l'indique, est une inflammation chronique de la muqueuse nasale; elle se manifeste par une augmentation dans la sécrétion du mucus, quelquefois par de la sécrétion de muco-pus. A l'examen, on constate simplement de la congestion de la muqueuse. Il n'existe pas d'autres troubles fonctionnels ou physiques. Les malades qui en sont atteints viennent rarement consulter le médecin, tant sont légers les symptômes qu'ils éprouvent.

La rhinite hypertrophique est la forme de catarrhe nasal que le médecin est le plus souvent appelé à traiter. Elle est caractérisée par un écoulement muco-purulent, plus ou moins abondant, des fosses nasales. Par la rhinoscopie antérieure, on constate une hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur, le méat inférieur est obstrué, la muqueuse de la cloison et des cornets moyens et supérieurs peut être gonflée, elle aussi, mais à un degré moindre, souvent pas du tout. L'hypertrophie peut être unilatérale ou bilatérale. Par la rhinos-

copie postérieure on aperçoit parfaitement l'extrémité postérieure des cornets moyens et inférieur, de ce dernier surtout. La muqueuse est blanchâtre et présente des replis plus ou moins nombreux et irréguliers; elle forme ainsi une véritable tumeur qui détermine la sténose nasale avec toutes ses conséquences. La rhinite hypertrophique est souvent compliquée de pharyngite chronique et parfois aussi de laryngite chronique.

La rhinite hypertrophique n'est qu'un premier pas vers la troisième forme : rhinite atrophique ou fétide, caractérisée par l'atrophie de la muqueuse, la formation de croûtes dans l'intérieur du nez, dont la décomposition amène la fétidité de l'haleine.

L'auteur étudie ensuite le traitement de ces différentes formes de rhinite. Les irrigations nasales abondantes et les pulvérisations rendent de fort grands services; les pulvérisations sont surtout utiles dans les cas de croûtes adhérentes. Il indique les différentes substances médicamenteuses employées dans les irrigations et les pulvérisations, et termine en affirmant que la rhinite atrophique est incurable et que tout ce qu'on peut promettre au malade, c'est d'atténuer sa maladie, en faisant disparaître l'odeur fétide qui caractérise cette dernière forme de rhinite. (*Med. News*, avril 26 et mai 3 1884.) J. Ch.

Sur les ulcères perforants de la cloison des fosses nasales (*On perforating ulcers of the septum nasi*), par Jonatham Hutchinson.

L'auteur croit qu'il existe des ulcères susceptibles de produire la perforation des fosses nasales en dehors des ulcérations syphiliques. Il existe une forme d'ulcération chronique qui donne souvent lieu à la perforation. Lorque ces ulcérations se produisent chez les individus jeunes elles paraissent être liées au processus pathologique qui donne naissance au lupus; mais lorsqu'elles surviennent à l'âge mûr, ou dans la vieillesse elles ne présentent aucune particularité permettant de les rattacher à un diathèse quelconque. Cette sorte d'ulcération est ordinairement située immédiatement en dedans des nari-

nes, elle commence par un côté de la cloison et n'affecte l'autre qu'après un espace de temps considérable. La perforation peut mettre des années à se produire, et au début le malade n'éprouve d'autres symptômes qu'une démangeaison qui le pousse à se gratter. Il ne commence d'ordinaire à s'alarmer que lorsque la perforation est produite. Cette forme d'ulcération se distingue des ulcères syphilitiques en ce que ces derniers progressent avec une rapidité plus considérable, ils commencent plus en arrière et attaquent le vomer lui-même. Enfin le traitement syphilitique agit chez les uns, et est impuissant pour les autres. (*Med. Times*, 5 juillet 1884.)

J. Ch.

Tampons glycérinés dans la fièvre des foins (*Glycerine nasal plugs in Hay-fever*), par le Dr O'Connel, chirurgien-major.

L'auteur, dans le traitement de la fièvre des foins, recommande d'introduire dans chaque narine des tampons d'ouate imbibés de glycérine. Dix minutes ou un quart d'heure après leur application le malade, dit l'auteur, éprouve un très grand soulagement, mais on ne doit les enlever qu'après les les avoir laissés séjourner une heure. (*The British med. Journal.*)

J. C.

Pathologie de l'inflammation intra-nasale (*Pathology of intra-nasal inflammation*), par le Dr Mackensie de Baltimore.

Dans ce travail, le Dr Mackensie arrive aux conclusions suivantes : 1° La rhinite atrophique est toujours précédée par la forme hypertrophique, qui n'est en quelque sorte que le premier degré de l'inflammation. 2° La forme hypertrophique arrive à la forme atrophique, après un temps plus ou moins long qui dépend d'un vice constitutionnel, la syphilis congénitale ou acquise par exemple. 3° La rhinite peut atteindre le tissu érectile, la muqueuse ou même le périchondre. 4° Les modifications pathologiques du tissu érectile constituent, quels que soient les tissus qui ont été le point de départ de l'inflammation, la caractéristique essentielle de l'inflammation intra-nasale, chronique ou aiguë (*Med. News*, octobre, 4, 1884).

J. Ch.

Conjonctivite scrofuleuse, associée au catarrhe nasal (*Scrofulous corjonctivitis associated with nasal catarrh*), par le Dr Kalapinski

Le Dr Kalapinski a traité 19 cas de ce genre. Sous l'influence du traitement uniquement dirigé contre le catarrhe nasal, les troubles oculaires ont souvent disparu. Il a fait usage du chlorate de potasse en prises ou en injections, à la dose de 15 à 30 grammes (*Med. News*, sept. 1884).

Quelques remarques sur les traitements des difformités du nez survenues à la suite d'un traumatisme (*Some remarks of the treatment of deformities of the nose following injury*), par le docteur W. J. Walsham.

L'auteur a fort souvent observé dans ces dernières années des difformités du nez, et donne dans cet article le résultat de son expérionce, décrit les diverses difformités qui peuvent atteindre soit les cartilages, soit les os, et indique les différents appareils prothétiques dont il fait ordinairement usage et qui lui ont donné les meilleurs résultats. (*The Lancet*, 20 septembre 1884.) J. Ch.

De l'excitation de l'appareil sexuel considérée comme facteur dans la production des maladies du nez (*Irritation of the sexual apparatus as an etiological factor in the production of nasal disease*), par le Dr John Mackensie.

Il existe une relation entre les fosses nasales et les organes génitaux, le tissu qui recouvre les cornets moyen et inférieur ainsi qu'une partie de la cloison, présente une structure analogue au tissu érectile du pénis. Qu'il existe une relation physiologique entre ces deux ordres d'organes, c'est ce qui paraît suffisamment établi par les faits suivants : 1° chez certaines femmes une congestion des tissus caverneux du nez se produit constamment à chaque période menstruelle ; 2° les épistaxis compensatrices remplaçant la menstruation ; 3° les relations qui existent entre le tissu érectile des organes génitaux et celui des autres organes ; 4° l'éréthisme qui se produit dans le nez à l'occasion du contact amoureux de l'un et l'autre sexe, ou pendant la consommation de l'acte de la copulation ;

5° les affinités qui existent entre les maladies de l'appareil génito-urinaire et celles de la cavité nasale. A propos de ce dernier point, l'auteur a observé que bon nombre de femmes souffrant d'une affection nasale voient leur maladie s'aggraver à l'époque des règles ; l'abus des plaisirs sexuels peut déterminer une inflammation nasale ou aggraver une affection existant déjà ; il en est de même de la masturbation. La coexistence d'une maladie de l'utérus ou de l'ovaire exerce une action importante sur l'évolution des maladies du nez et l'auteur a observé des cas dans lesquels l'affection nasale avait résisté à tous les traitements, et qui furent rapidement guéris lorsqu'on eut découvert et traité la maladie des organes génitaux. (*Amer. Journ. Med. Sc.*, avril 1884.) J. Ch.

L'asthme des foins peut-il être guéri ? (*Hay asthma. — Can it be relieved ?*), par le Dr William Judkins.

Le Dr Judkins dit avoir guéri un cas de fièvre de foins de forme asthmatique par l'emploi de l'acide iodhydrique. Il l'administrait sous forme de sirop : une cuillerée à thé toutes les heures ou toutes les deux heures jusqu'à cessation de l'accès. Il faisait appliquer en même temps des sinapismes Rigollot. L'effet de ce traitement fut, paraît-il, merveilleux. (*The Med. Record*, 6 sept. 1884.) J. Ch.

La galvano-caustie dans le traitement des affections du nez et de la gorge (*The galvano-caustic method in nose and throat*), par le Dr J. C. Mulhall.

L'auteur, après avoir experimenté tous les autres agents caustiques, considère le galvano-cautère comme supérieur à tous. La douleur qu'il produit est légère ; la preuve, c'est que tous les malades, même les petits enfants, s'y soumettent sans peine. Il est de l'avis de Lowemberg qui « attribue l'excellent effet du galvano-cautère à l'action antiseptique de la température élevée, 130° C. Les fosses nasales sont les réceptacles des bactéries que contient l'air inspiré. La cautérisation les détruit, et la croûte qui se forme après elle recouvre et protège les surfaces cautérisées contre l'infection. »

Les affections qu'il a traitées le plus souvent par le galvano-cautère sont le catarrhe nasal hypertrophique, les adénomes et les végétations de la voûte du pharynx, la pharyngite et l'amygdalite folliculaire. L'auteur ne croit pas que l'on puisse guérir la rhinite atrophique, mais seulement l'améliorer; mais pour la rhinite hypertrophique, il a obtenu par le galvano-cautère de sérieuses améliorations et plusieurs fois la guérison.

L'auteur pratique suivant les indications des cautérisations linéaires, ponctuées, ou détermine des ulcérations superficielles ou profondes. Il pratique la cautérisation à plusieurs reprises dans la même narine jusqu'à ce que tout soit rentré dans l'état normal. Le catarrhe naso-pharyngien peut être aussi traité par la galvano-caustie qui donne dans ce cas de brillants résultats. En terminant, il cite un cas de catarrhe nasal hypertrophique guéri par le galvano-cautère. (*Saint-Louis Courrier of Med.*, juillet 1884.) J. Ch.

Du chlorhydrate de cocaïne dans les maladies de la gorge et du nez (*Hydrochlorate of cocaïne in diseases of the throat and nose*), par le Dr Morell-Mackensie.

Le docteur Mackensie a fait usage de la cocaïne dans les affections du nez et de la gorge. Pour l'ablation des polypes du nez il ne suffit pas de badigeonner le polype lui-même, mais encore toutes les parties de la muqueuse qui l'entourent. Dans les affections de la gorge, elle lui a rendu de grands services, en particulier chez les tuberculeux qui après l'application de cette substance peuvent avaler parfaitement les aliments et cela sans douleurs. (*The British Med. Journal*, 13 octobre 1884.)

J. Ch.

De la cocaïne dans la chirurgie intra-nasale (*Cocaïne in intra-nasal Surgery*), par le Dr William Chapman Jarvis.

Le Dr Jarvis relate les résultats de son expérience personnelle dans le traitement par la cocaïne des maladies des fosses nasale. Il rapporte différentes observations et conclut :

1° La cocaïne est utile dans la chirurgie intra-nasale comme anesthésique local pour l'ablation des tissus anormaux superficiels ou profonds ;

2° Pour enlever les tissus profondément situés des applications réitérées sont nécessaires, la durée de l'anesthésie étant moins grande après qu'un premier effet a été obtenu;

3° En prévenant les sécrétions, l'hémorrhagie, l'éternuement, elle rend plus facile l'introduction dans le nez des instruments tranchants;

4° L'action varie avec la quantité et la qualité de la cocaïne employée;

5° Nous possédons dans la rhigolène un anesthésique local très utile dans les opérations intra-nasales, les effets qu'il produit étant plus rapides, plus complets mais de plus courte durée que ceux de la cocaïne.

6° On peut employer avec avantage un mélange de rhigolène et de cocaïne. (*Med. Record*, 13 déc. 1884.) J. Ch.

Des végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne,
par le Dr Morell-Mackensie, de Londres.

Czermak, en 1860, observa le premier des petites tumeurs siégeant à la partie supérieure du pharynx près de l'ouverture de la trompe, et dont une portion ressemblait à une *crête de coq*. Les végétations adénoïdes sont de petites excroissances glandulaires qui prennent naissance à la voûte et sur les parties latérales du pharynx, obstruent les orifices postérieurs des narines, rendent la voix sourde et nasonnée et forcent à respirer seulement par la bouche. Elles occasionnent souvent la surdité. Chez les enfants elles donnent fréquemment lieu à tous les symptômes fonctionnels qui résultent de l'oblitération des arrière-fosses nasales. Sexe, sans influence sur leur production. Plus fréquentes dans l'enfance et l'adolescence, elles paraissent être surtout le résultat de la scrofule. Le froid et l'humidité paraissent en être surtout la cause.

Symptômes — Respiration bruyante, ronflement pendant le sommeil, chez les enfants. A un âge plus avancé, faiblesse de la voix et surdité. La bouche toujours béante et une expression stupide de la physionomie complètent le tableau de la symptomatologie.

A l'examen rhinoscopique : les végétations adénoïdes peu

La paralysie est due à une lésion du pneumo-gastrique dans la blessure de la nuque, qui était très considérable.

Le sterno-cleïdo-mastoïdien était divisé. L'auteur croit que la blessure était le résultat d'une tentative de suicide.

Au-dessus de l'apophyse mastoïde on trouvait une large protubérance formée par le segment supérieur rétracté du sterno-mastoïdien. (*New-York Med. Journ.*, 26 juillet 1884.)

J. Ch.

Tumeur bénigne de la trachée (*A case of tracheal tumor non malignant*), par le Dr E. Fletcher Ingals.

J. H., soixante ans, enroué depuis trois semaines, se plaint d'un catarrhe depuis vingt ans, accompagné d'enrouement toutes les fois qu'il prend froid ; attaques qui deviennent de plus en plus pénibles et persistantes. L'auteur découvre dans la trachée, à 4 centimètres au-dessous du larynx, une tumeur sessile, plate, formant un relief sur la paroi du conduit. La surface est rougeâtre et granuleuse, elle a l'apparence d'un papillome. Le malade ne présentant aucun symptôme grave, l'auteur se décide à ne pas intervenir ; si la dyspnée survenait, le seul traitement convenable et que l'auteur recommande, serait l'ablation de la tumeur et la cautérisation de sa base, après trachéotomie. (Publié en anglais *in Ann. des mal. de l'oreille* de 1884.) J. Ch.

De la Laryngologie (*Laryngology*), par le Dr H. F. Ivins.

L'auteur, dans cet article, célèbre les services rendus par la Laryngologie ; il étudie et décrit le laryngoscope, la façon dont on doit procéder à l'examen du larynx, le mode de production de la voix, voix parlée, voix chantée, voix de fausset. Peut-on reconnaître, à l'aspect du larynx, si l'on a affaire à un ténor ou à une basse ? Non, dit l'auteur.

Il indique ensuite les principaux symptômes qui permettront de diagnostiquer, miroir en main, les différentes affections du larynx. (*The Hahnemannian Med. Monthly*, déc. 1884.)

J. C.

Bordeaux. — Impr. Nouv. A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, in-8, 16 pages .... 1 »

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*, in 8°, 15 pages avec figures en noir .... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic*, in-8°, 108 pages avec des figures en noir .... fr. 3 50

J. Baratoux. — *De l'Électrolyse ou de la Galvanocaustique de la Trompe d'Eustache*, in-8° 12 pages .... fr. » 75

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaire, lingual et pharyngien*, in-8, 5 pages.. » 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix*, in 8°, 16 pages .... fr. 1 25

Boucheron. — *De la Surdi-Mutité par Otopiésis ou Compression auriculaire*, in-8° de 36 pages, avec une planche en noir .... fr. 1 50

Délie, d'Ypres. — *Hoquet et spasmes pharyngo-laryngés*, in-8°, 24 pages.......... fr. 1 50

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille*, in-8°, 24 pages.......................... 1 50

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx*, 22 pages avec des figures en noir .... fr. 1 25

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, in 8°... fr. 1 25

H. Guinier. — *Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx*, in-8, 17 pages .... fr. 1 25

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier*, in-8°, 18 pages.......................... fr. 1 25

Th. Hering. — *De l'emploi de l'Acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx*, in-8°, 20 pages .... fr. 1 25

Th. Hering. — *Des corps étrangers égarés dans le larynx et l'œsophage* in-8° 16 pages. fr. 1 25

Joal. — *De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie*, in-8°, 40 pages .... fr. 1 50

Joal. — *Etude sur les fluxions de la muqueuse laryngée*, in-8° 40 pages....... fr. 1 75

Koch. — *Du Laryngo-Typhus*, in-8°, 20 pages.......................... fr. 1 25

E. J. Moure. — *Étude sur les Kystes du Larynx*, grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte .... fr. 3 50

E. J. Moure. — *Recueil clinique sur les Maladies du Larynx*, grand in-8° de 108 pages, avec figures en noir dans le texte .... fr. 3 50

E. J. Moure et J. Baratoux. — *De l'emploi du Chlorhydrate de cocaïne*, in-8°, 8 pages.......................... » 50

Schiffers. — *Contribution à l'étude du Cancer du larynx*. In-8° 20 pages. 1 25

Pour recevoir l'un de ces ouvrages il suffit d'en adresser le montant au Bureau de la REVUE ou à l'Éditeur.

SOMMAIRE

Nº 6. — Juin 1888.

Travaux originaux

L. Bayer : Des kystes osseux de la cavité nasale. — **Delie** (d'Ypres) : Syphilis tertiaire tardive du larynx et de la trachée. — **E. J. Moure** : Du pronostic et du traitement du coryza atrophique ou ozène.

Sociétés savantes

Compte rendu de la Société française d'otologie et de laryngologie. — **Ménière** (de Paris) : Sur un cas de surdité unilatérale complète survenue à la suite des oreillons; discussion. — **Garel** (de Lyon) : Abcès aigu rétro-laryngé avec pneumonie double; discussion. — **Moura-Bourouillou** (de Paris) : Sur le rôle du muscle thyro-cricoïdien antérieur. — **Moura-Bourouillou** : Sur la nature musculaire du ligament suspenseur de l'isthme du corps thyroïde. — **Senac-Lagrange** : Des éléments ordinaires qui entrent dans la constitution des états morbides du larynx, dévoilés surtout par les eaux sulfureuses; discussion.

Revue générale, Analyses

Semon (Felix) : Malades traités dans la section des maladies de la gorge au Saint-Thomas's hospital, en 1882. — **Bosworth** (F. H.) : La toux, ses causes et son traitement, mis à la portée de tous. — **Latouphis** : Gommes syphilitiques du larynx. — **Aysaguer** : Papillomes du larynx opérés après anesthésie par le chlorhydrate de cocaïne. — **Franklin H. Hooper** : Un cas de papillome caverneux de la corde vocale. — **Jarvis** : Emploi de l'acide chromique dans les papillomes du larynx. — **Jesas** (Georis) : Revue des résultats obtenus dans les extirpations du larynx. — **Beverley Robinson** : Spasme des muscles respiratoires. — **Mulhall** (J. C.) : Un cas d'anévrisme intra-thoracique, accompagné de considérations spéciales sur les phénomènes laryngiens. — **Beal** (R. M.) : Un cas d'extirpation du larynx. — **William** : Le cœur dans la néphrite chronique; ulcération du larynx. — **Winters** (J. E.) : La trachéotomie dans le croup est-elle dangereuse? Quelles en sont les indications? — **Jefferson Bettman** : Fracture de la base du crâne avec lésion des nerfs vagues accessoires. — **Lewis Smith** : Le croup diphtéritique. — **Geo A. Lym** : Traitement spécifique de la diphtérie et du croup. — **Bouchard** : Angine diphtérique avec croup, guérie par les vapeurs antiseptiques sans trachéotomie. — **Vigouroux** : Angine couenneuse guérie par les fumigations de goudron et d'essence de thérébentine. — **Major** (Geo W.) : Fumigations au goudron de gaz dans la diphtérie et le croup. — **Parker** (R. W.) : De la succion par la plaie trachéale dans la diphtérie. — **Barth** : Un cas de thyroïdite caséeuse affectant la forme de goître suffocant. — **Thireau** : Contribution à la thérapeutique du goître, traitement par l'iodoforme. — **Boyer** (Benoît) : Etude sur la thyroïdectomie. — **Bouilly** : Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. — **Bickel** (Gustave) : De l'étendue et de la disposition du tissu lymphatique dans la région pharyngienne. — **Campana** : Cas de lèpre où la langue a été envahie. — **Garland** : Cas de rhumatisme articulaire avec hyperpyrexie survenu à la suite d'une amygdalite. — **Pivaudran** : — De la syphilis des amygdales. — **Ryerson** : Indication de l'amygdalotomie. — **Dumas** (A.) : Note sur l'emploi de la cocaïne dans la déglutition douloureuse.

Index Bibliographique

Pharynx. — Nez. — Larynx. — Trachée. — Oreilles. — Varia.

DES KYSTES OSSEUX DE LA CAVITÉ NASALE,

Par le Dr L. Bayer, de Bruxelles (1).

Il y a douze ans, dans ma dissertation sur les kystes dentaires des mâchoires (2), page 12, je m'exprimais ainsi : « Je ne puis aucunement approuver M. Magitot, quand il dit que tout kyste spontané des mâchoires n'est de sa nature autre chose qu'un kyste dentaire. Pourquoi un kyste osseux spontané ne pourrait-il pas se développer aussi bien dans le tissu osseux des mâchoires, que dans n'importe quel autre os? pourquoi les mâchoires devraient-elles faire ainsi exception à la règle générale? »

La bibliographie, que j'avais très soigneusement étudiée alors, ne m'avait révélé aucune preuve confirmant ma supposition; mais, aujourd'hui, j'y reviens, parce que j'ai eu l'occasion d'observer, moi-même, un cas, qui confirme pleinement ma façon de voir d'alors. En parcourant la littérature médicale, surtout les publications spéciales rhinologiques, qui ont considérablement augmenté depuis cette époque, je n'ai pu découvrir qu'un seul fait identique.

Voici le cas publié par le Dr Glasmacher, dans le *Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 36, 1884 : Un kyste osseux volumineux développé à la région du cornet moyen gauche, chez une jeune fille de dix-huit ans, jouissant, d'ailleurs, d'une bonne santé. La tumeur avait produit des symptômes semblables à ceux que je relate dans mon observation. Tout en admettant qu'il puisse y avoir dans la littérature médicale quelque cas, qui m'ait échappé, il est sûr que les observations de kystes osseux

(1) Lu à la *Société franç. d'otologie et de laryngol.*, séance du 2 avril 1885.

(2) *Die Zahncysten der Kiefer*. Inaugural-Abhandlung zur Erlangung der Doctowürde, etc., von L. Bayer, Assistenzarzt der Chirurg. Klinik zu Tübingen. Tübingen, 1873.

de la cavité nasale sont toujours rares; aussi n'ai-je vu, pendant mes onze ans de pratique spéciale, soit dans ma clientèle privée, soit dans ma clinique, que cet unique observation.

L'on entend souvent parler en oculistique des kystes des sinus nasaux et des cellules ethmoïdales, surtout de celles-ci, à cause de l'exophthalmie qu'ils provoquent; pour ce qui concerne ce symptôme, j'appelle l'attention sur la récidive, dans mon cas.

L'ouvrage de M. Zuckerkandl (1), le plus important qui ait été publié dans ces derniers temps sur l'anatomie normale et pathologique de la cavité nasale des sinus pneumatiques du nez, et qui tient compte avec beaucoup de soin de la bibliographie, ne mentionne pas non plus de cas de kystes osseux de la cavité nasale, quoiqu'il traite en détail des kystes dentaires des mâchoires. Zuckerkandl parle bien encore des kystes de la muqueuse nasale, en disant que ceux-ci « se trouvent quelquefois à côté de polypes, dans le proche voisinage de tumeurs muqueuses, et qu'ils sont de la grandeur d'un pois de couleur blanche. Je n'ai vu qu'un seul kyste de la grandeur d'une noisette dans la muqueuse, à l'extrémité antérieure du méat inférieur; il était rempli d'un liquide mielleux; » quant aux kystes osseux, ils ont été complètement oubliés.

Bardeleben (2), en parlant des kystes osseux, en général, dit qu'ils sont rares, et qu'ils s'établissent surtout dans les os de la face, et, plus souvent dans la mâchoire inférieure que dans la supérieure. Il cite un cas de kyste osseux de la mâchoire supérieure, observé par Schuh, et un autre, où le kyste se trouvait dans le front.

Il faut, le plus souvent, rechercher l'origine des kystes osseux, dans le tissu osseux même; quelquefois, ils se

(1) *Normale u. pathol. Anatomie der Nasenhöhle u. ihrer pneumatischen Anhaenge*, von Dr E. Zuckerkandl, Prof. Wien, 1882.

(2) *Lehrbuch der Chirurgie u. Operationslehre*, II Band, pag. 586.

forment entre le périoste et l'os, comme je l'ai démontré pour certains kystes dentaires, qui évoluent entre le périoste et la racine dentaire, et auxquels j'ai donné le nom de « kystes dentaires sous-périostaux (1) ».

Dans un autre ordre d'idées, on pourrait ranger ici des kystes osseux, dont l'origine est due à l'hydropisie de cavités préexistantes, par exemple, des cellules ethmoïdales et autres ; ensuite les kystes qui ont des rapports avec les dents, et qu'on nomme tout simplement « kystes dentaires ». Les kystes, qui accompagnent les enchondromes, myomes, etc., sortent encore plus de notre cadre.

On distingue les kystes osseux en uniloculaires et multiloculaires. Les kystes uniloculaires sont aussi quelquefois traversés par des lames osseuses, sans pour cela être divisés en compartiments ; ou bien des ostéophytes se forment dans leur intérieur; ils peuvent être circonscrits par un bourrelet osseux, rugueux, résultat de l'inflammation chronique du périoste, etc. Le traitement de ces kystes est plus facile que celui des kystes multiloculaires, dont il faut ouvrir chaque compartiment, afin d'en amener la disparition complète.

Arrivons-en maintenant au cas que j'ai eu l'occasion d'observer :

La sœur C..., d'Enghien, âgée de vingt-cinq ans, est issue d'une famille saine, dont les nombreux enfants sont bien portants. Elle n'a jamais été malade. Dès le mois de septembre 1883, date de son entrée au couvent, on lui avait fait la remarque qu'elle parlait du nez. C'est aussi vers cette époque qu'elle a cru apercevoir que son nez n'était plus aussi libre qu'auparavant. Peu après, une sœur lui apprit qu'elle ronflait très fortement la nuit.

Tout cela l'inquiéta fort peu, jusqu'au moment où il lui fut impossible de respirer par le nez. En même temps elle commença à souffrir de l'œil. Un gonflement à l'angle interne

(1) *Die Zahncysten der Kiefer*, etc. L. Bayer, Tübingen, 1873.

de l'œil droit survint, et la malade se décida à consulter un oculiste. C'était au mois d'avril 1884. Celui-ci fit, après l'incision du conduit lacrymal, le sondage du canal; mais à la troisième visite, après avoir inspecté les narines, il déclara qu'il ne pouvait continuer le traitement à cause de l'affection nasale, et m'envoya la malade. J'ai vû celle-ci pour la première fois le 20 mai 1884. D'une constitution lymphatique et anémique en apparence, elle semble jouir d'une bonne santé. En la regardant, on est de suite surpris de cette physionomie caractéristique des personnes privées de la respiration par le nez : bouche béante, air hébété, et l'on se demande de prime abord si l'on a affaire à un sujet idiot ou ébahi, alors que la cause véritable de cet état est une obstruction des deux narines ou de l'arrière-nez. Le dos du nez du côté droit est plus ou moins aplati; le gonflement de l'angle de l'œil droit persiste. Les deux narines sont absolument imperméables, et les plus grands. efforts ne réussirent pas à faire passer le moindre courant d'air soit à gauche, soit à droite.

A la rhinoscopie antérieure on aperçoit, à la distance d'un à deux centimètres de l'orifice de la narine droite, une tumeur ronde de la grandeur d'une noix, remplissant toute la narine et ayant fait dévier vers la cloison gauche.

Cette tumeur diffère essentiellement des autres tumeurs nasales, polypes muqueux, fibromes, papillomes, sarcomes, granulomes, etc. Elle se présente comme un corps solide, recouvert de muqueuse normale, mais tendue, sur laquelle il est possible de distinguer, par un bon éclairage, des vaisseaux à sa surface. L'origine de son siège correspond au cornet moyen. Au toucher, avec la sonde, elle oppose une certaine résistance. La cloison, déplacée complètement vers la gauche, atteint la paroi externe de la narine gauche et en empêche l'examen intérieur.

La rhinoscopie postérieure ne révèle rien de particulier. Mon diagnostic fut : kyste osseux du cornet moyen; et pour m'assurer de l'exactitude de mon diagnostic et en même temps comme moyen de traitement, je procédai à une ponc-

tion avec le galvano-cautère. Après avoir vaincu une certaine résistance me donnant la sensation que je passais à travers du tissu osseux, je tombai dans une cavité, dont, après la rétraction de l'instrument, il s'écoula une matière visqueuse, jaunâtre, suivie d'hémorragie provenant non de l'intérieur du kyste, mais bien des tissus percés. Pour arrêter l'hémorragie et pour élargir l'incision, j'introduisis de nouveau l'instrument, et en poussant en avant, je rencontrai un autre obstacle qui céda à une petite pression donnant également la sensation d'une lame osseuse fine. En effet, après avoir retiré l'instrument, il s'écoula de nouveau du liquide, comme tout à l'heure; j'avais donc ouvert une nouvelle cellule. Comme, après ces ponctions, la tumeur ne diminuait pas, il n'y avait plus de doute qu'il s'agissait d'un kyste osseux multiloculaire.

Je me bornai à arrêter l'hémorragie et fis rentrer la malade chez elle. Lorsqu'elle se présenta trois jours après, je pus constater que l'air passait déjà par la narine gauche, sans que la tumeur présentât de changement notable. Comme il n'y avait aucune apparence de suppuration à l'intérieur du kyste, j'introduisis de nouveau le galvano-cautère pour voir d'abord s'il n'y avait plus d'autres cellules à ouvrir, ensuite pour provoquer mécaniquement la suppuration. Mais comme cela n'aidait pas, j'eus recours, quelques jours après, à des injections irritantes (solution de chlorure de zinc) qui firent fortement souffrir la malade, mais amenèrent la suppuration désirée. Celle-ci devint même, en quelques jours, si abondante, que j'ordonnai des injections fréquentes à l'acide phénique 3 0/0.

Le traitement, auquel il faut encore ajouter la cautérisation galvanique hebdomadaire de la muqueuse gonflée recouvrant le kyste, amena petit à petit la diminution du volume de la tumeur; la narine gauche devint d'abord tout à fait libre, la cloison reprit plus ou moins sa position normale, lorsque la pression exercée par le kyste disparut. La narine droite reprit après plusieurs semaines sa perméabilité. La suppuration diminua de plus en plus, et à la fin de juillet la tumeur avait complètement disparu; le cornet médian,

dans lequel elle s'était formée, avait repris sa forme normale, et personne ne se serait douté qu'il eût jamais existé là un kyste osseux volumineux. La narine droite resta seulement plus large que la gauche, parce que la cloison continuait toujours à être déviée un peu du côté gauche.

Je n'avais plus revu la malade, et la croyais guérie, lorsque mon confrère l'oculiste me dit un jour qu'elle était revenue chez lui avec une exophthalmie de l'œil droit, due à des tumeurs dans la narine du même côté. Ces tumeurs lui semblaient de mauvaise nature, et il craignait de se voir obligé de faire l'extirpation de l'œil. Il avait consulté un autre chirurgien, qui proposait une résection de la charpente osseuse de la narine droite pour l'enlèvement radical des tumeurs. Il avait été convenu de prendre d'abord mon avis, parce que j'avais déjà traité la malade. Celle-ci se présente donc chez moi le vingt-cinq février dernier; elle me rapporte qu'elle a été complètement guérie, et qu'elle s'est tout à fait bien portée jusqu'à la nouvelle année, époque à laquelle elle recommença à parler du nez; cependant, à ce moment, les narines étaient encore perméables à l'air. Fin janvier, son œil, un peu rouge depuis quelque temps, commença à couler, et c'est alors aussi qu'elle remarqua qu'il gonflait et sortait de l'orbite. En même temps, elle éprouvait un chatouillement dans l'œil, et une sensation qu'elle définit comme si « quelque chose travaillait dedans ». Petit à petit ces sensations devinrent douloureuses; elle éprouva des douleurs dans les régions sus-orbitaire, frontale et surtout temporale. La vue de son œil droit s'affaiblissait, et il lui arrivait quelquefois de voir double, surtout le matin. Elle se décida donc à me consulter de nouveau et revint en traitement chez moi.

Je constatai une exophthalmie très prononcée de l'œil droit. Les deux narines sont de nouveau complètement bouchées et à l'inspection de la narine droite, on aperçoit deux tumeurs distinctes surperposées l'une sur l'autre, ayant la même forme que la tumeur précédente. L'une est placée à la région du cornet moyen, à la même place que la première, et l'autre, plus petite, tout au-dessus, sortant du cornet supé-

rieur; cette dernière tumeur a la grandeur d'une noisette, tandis que l'autre a pour le moins le double. Il n'est pas possible de voir, s'il n'y a pas d'autres tumeurs derrière, dans l'ethmoïde, par exemple, ce qui expliquerait plus facilement le haut degré de l'exophthalmie. Je n'hésitai pas un instant à me prononcer pour l'identité de ces tumeurs avec le kyste osseux antérieur et fis, en conséquence, une ponction des deux kystes avec le galvano-cautère.

Mon diagnostic fut pleinement confirmé. La ponction fut suivie de l'écoulement d'un liquide muqueux, clair, mais non jaune comme l'année passée, et en quantité moindre.

L'intérieur des kystes est inégal et rugueux, sans que l'on puisse, cependant, découvrir différentes cellules. La malade se sentit presque immédiatement mieux, le mal de tête disparut et le lendemain déjà la vue s'améliorait. Malgré l'élargissement de l'incision, au moyen du galvano-cautère, les jours suivants, il n'y eut pas de suppuration, de sorte que je me vis obligé de faire une injection irritante au chlorure de zinc, injection qui fut suivie de fortes douleurs dans la tête, pendant un jour ou deux, mais ensuite la suppuration commença à se produire. C'était la dernière fois que je vis la malade. A ce moment la narine gauche commençait à livrer passage à l'air. Les kystes n'avaient pas encore sensiblement diminué, de même que l'exophthalmie. Reste à savoir, maintenant, si l'exophthalmie disparaîtra avec les kystes, ou si l'on devra recourir à d'autres opérations encore. Le temps nous l'apprendra.

La sœur, qui était allée passer quelques jours à la campagne pour se fortifier, est revenue à la clinique ophthalmologique de mon confrère le 8 avril. Les deux narines étaient déjà perméables à l'air. Les deux kystes étaient dégonflés, et à peine y avait-il encore de la suppuration. L'exophthalmie seule ne disparaissait pas.

En examinant avec le doigt le plancher de l'orbite, au-dessous de la prunelle, on pouvait distinguer une tumeur résistante, dure, osseuse, qui était la cause de l'exophthalmie. Il n'y avait donc point de doute qu'on eût affaire encore à un

autre *kyste* (ou à plusieurs peut-être), qu'on ne pouvait atteindre par le nez.

Mon confrère procéda à une incision horizontale sur le bord inférieur de l'orbite et pratiqua, dans la tumeur, une ouverture, d'où il s'écoula une grande quantité d'un liquide muqueux et visqueux. En introduisant la sonde on descendait très bas et, selon mon confrère, le kyste était en communication avec l'antre d'Highmore (quant à moi, je n'ai pas assisté à l'opération).

L'exophthalmie s'améliora beaucoup sans cependant disparaître complètement; au contraire, la plaie s'étant fermée, elle augmenta plutôt. Mon confrère fut donc obligé de faire une nouvelle incision horizontale, plus large que la première, qui donna cette fois issue à un écoulement de liquide muco-purulent, mêlé de sang, moins abondant cependant que le premier, provenant du même kyste communiquant avec l'antre d'Higmore. On ne découvrit pas d'autres kystes. Après cette déplétion, qui fut faite le 7 mai, l'exophthalmie disparut. La malade reste encore en traitement.

Je ne crois pas que le cas ait besoin d'une longue explication, après ce que j'ai dit dans mon introduction. Il s'agit, purement et simplement, des kystes osseux, qui se sont formés dans le tissu osseux des cornets; peut-être y en a-t-il déjà dans l'ethmoïde ou dans le maxillaire même, avec lequel les cornets sont articulés.

En tout cas, cette observation, réunie aux autres, dont j'ai fait mention, suffit pour prouver la possibilité de la formation des kystes osseux dans les mâchoires.

Post-scriptum du 8 mai 1885. — Il y a quelques jours, mon ami le docteur Moure a eu la bonté de me communiquer encore un autre cas de kyste osseux, observé par M. Michel, de Nancy, et publié par le docteur de Casabianca, dans sa thèse sur les affections de la cloison des fosses nasales (Thèse de Paris 1876), sous le nom d'exostose spongieuse du vomer. Les deux lames de celui-ci,

considérablement hypertrophiées s'étaient, écartées pour former la coque de la tumeur (voyez l'original p. 55, 56 et 57).

SYPHILIS TERTIAIRE TARDIVE DU LARYNX ET DE LA TRACHÉE

Par le Dr Delie (d'Ypres) (1).

Le samedi 18 août 1883, je fus appelé chez la demoiselle V., en proie à une dyspnée considérable et à des accès de suffocation. Je trouve une personne de quarante-sept ans : la face est cyanosée, la respiration, très pénible, exige l'action de tous les muscles respiratoires; il existe des intervalles de détente légère, pendant lesquels la malade converse d'une voix éteinte, interrompue par des éclats rauques. Le jour, les accès de suffocation sont rares; la nuit ils sont fréquents; depuis dix jours, vers deux ou trois heures du matin, elle est prise d'anxiété précordiale, de resserrement à la gorge et de dyspnée terrifiante ; cette exacerbation dure une heure environ et est suivie d'un amendement progressif et d'un sommeil passager.

L'état actuel débuta, il y a deux mois, par une douleur irradiée, siégeant au niveau de la grande corne droite de l'os hyoïde : cette douleur spontanée s'exaspère à la déglutition; la voix devint faible et rauque; une toux sèche et fatigante se déclara avec des accès de spasme laryngé; l'aggravation suivit une marche insensiblement progressive et entraîna la malade dans l'état actuel.

La région thyroïdienne présente une légère tuméfaction générale, surtout prononcée à droite; elle porte des traces nombreuses de morsures de sangsues (56) ; la compression bilatérale du corps thyroïde est douloureuse et augmente subitement la gêne respiratoire; les ganglions trachéo-laryngés forment un chapelet le long des sterno-cléïdo-mastoïdiens; la langue est lisse et luisante, des crevasses en sillonnent le dos,

(1) Communication faite à la *Société franç. d'otologie et de laryngologie*. séance du 2 avril 1885.

et des cicatrices blanches apparaissent disséminées sur le bord libre. Les amygdales rudimentaires présentent des échancrures et de petits enfoncements ; le voile et le pharynx sont libres de toute altération pathologique ; l'épiglotte est intacte. L'espace interarythénoïdien, large et boursouflé, est couvert d'ulcérations superficielles, de véritables érosions qui atteignent la face interne des arythénoïdes ; la corde vocale gauche, blanche, porte quelques traces de vaisseaux et plusieurs points gris jaunâtre sur le bord libre ; toute la moitié droite du larynx, depuis l'épiglotte jusqu'à l'arythénoïde, est occupée par une tumeur rouge, arrondie, personnifiant la fausse corde vocale congestionnée et légèrement œdémateuse ; la glotte est représentée en avant par une simple ligne qui, s'élargissant, peut atteindre, près des processus vocalis, la largeur de 4 millimètres ; à l'intonation et à la respiration forcée, la moitié gauche du larynx se meut seule ; de temps à autre se produit un spasme, accompagné de dyspnée et d'éructations bruyantes.

Croyant à la possibilité d'un abcès logé dans la moitié droite du larynx, je pratiquai plusieurs ponctions dans la tumeur : il s'en écoula du sang et un peu de sérosité ; une heure plus tard, la malade se déclara soulagée ; je prescrivis un repos absolu et des inhalations chaudes phéniquées, répétées toutes les heures.

Le lendemain, la dyspnée persistait intense : le tirage respiratoire n'avait rien perdu de son caractère alarmant ; l'accès nocturne fut cependant moins intense. Le laryngoscope révéla l'affaissement marqué de la tumeur de la fausse corde droite ; la vraie corde correspondante est invisible ; le dégonflement permit d'inspecter le larynx sous-glottique et la trachée. Des fongosités rougeâtres framboisées, implantées sur tout le pourtour du canal et principalement dévelopées à droite, réduisent la lumière du larynx à 6 millimètres de diamètre ; des gouttelettes de mucopus sont disséminées sur les bourgeons néoplasiques.

Sans m'inquiéter trop de la nature du mal, je passe la sonde n° 1 de Schrœtter : la malade supporte patiemment

l'opération. Une heure après l'application, je fis une insufflation d'iodoforme porphyrisé. Malgré une légère constriction au larynx, la respiration se fait beaucoup plus librement. Je recommande les inhalations phéniquées.

Le 22, l'amélioration est considérable : plus d'accès la nuit; le sommeil est tranquille et la respiration dégagée. La fausse corde droite revient à son état normal; il est impossible de dénicher la vraie corde droite au milieu des nodosités charnues qui tapissent toute la moitié correspondante du larynx; la corde gauche, injectée, présente, sur son bord libre, cinq petites granulations jaunâtres; la muqueuse interarythénoïdienne, hypertrophiée, offre des replis qui lui donnent l'aspect velvétique; l'intérieur du larynx et de la trachée porte encore des bourgeons ulcéreux; mais la lumière du canal atteint plus de 1 centimètre; la moitié droite du larynx est paralysée. L'état de cet organe ressemble singulièrement à celui d'un tuberculeux; mais l'état général du sujet, ses antécédents et l'absence de toute manifestation phymique du thorax excluent la possibilité de la tuberculose. Je passe le numéro suivant des sondes de Schrœtter; je pratique une nouvelle insufflation d'iodoforme et fais continuer les inhalations phéniquées.

La nuit du 24, un accès d'asthme menaça de se déclarer; la malade le coupa par une inhalation de vapeurs. Même état que le 22, à l'exception de l'espace interarythénoïdien qui présente des élévations irrégulières dont la partie centrale intralaryngée est ulcérée. Iodoforme en insufflations et iodoforme en inhalations. Pour exécuter cette dernière prescription, je mets, dans le petit chaudron du pulvérisateur à vapeur, une pincée d'iodoforme : par la chaleur les vapeurs d'iodoforme se mêlent à la vapeur d'eau du réservoir, et celle-ci, à son tour, s'unit intimement au jet d'eau pulvérisé du petit verre; le tout est ainsi porté directement sur les parties malades.

Le 30 août, l'amélioration a fait des progrès rapides; les granulômes laryngo-trachéens ont pour ainsi dire disparu; la corde gauche se nettoie, devient blanche et reprend son

aspect nacré; la corde droite se dessine nettement sous forme d'un ligament thyro-arythénoïdien rouge, mais bien défini. L'espace interarythénoïdien seul reste rétrograde et garde son aspect velvétique et ses ulcérations superficielles.

Même traitement.

Dès ce jour, sous l'influence de l'iodoforme, la guérison suit une marche progressive. Les cordes rouges, par intervalles, reprennent leur aspect physiologique; la droite seule reste parétique et se dépouille difficilement de ses contours charnus; l'état ulcéreux de l'espace interarythénoïdien s'amende; les granulations sténosiques trachéo-laryngées s'atrophient et la muqueuse revêt son aspect lisse, sa coloration blanc rosé; sauf de rares accès spasmodiques, la respiration se fait sans encombre.

Le 15 novembre la voix est revênue avec un léger accent de raucité; l'espace interarythénoïdien est exempt de toute altération; la corde droite, tendineuse, blanc grisâtre, est parétique; l'arythénoïde correspondante a une mobilité douteuse; à l'intonation, la corde gauche supplée pour la fermeture de la glotte.

L'électricité ne produisit aucun résultat. La réhabilitation du larynx dépassait mes prévisions et renversait mon pronostic très réservé.

Quelle fut donc la nature du mal?

Était-ce la tuberculose? L'état local aurait, à certaine époque, permis de le supposer : l'aspect velvétique et ulcéreux de l'interarythénoïde, les tubercules jaunes de la corde gauche, la quasi-destrution de la corde droite; mais l'aspect chagriné des parties hypertrophiées manquait; la coloration laryngienne n'offrait nullement la nuance terne, sale, de la tuberculose avancée; l'état général était excellent, les poumons étaient idemnes, aucun antécédent dans la famille; le doute ne pouvait persister longtemps: il fallut exclure la phymie.

Il restait la scrofulose ou la syphilis!

La scrofulose seule peut-elle engendrer de pareils ra-

vages du larynx à l'exclusion d'autres organes? La malade n'offre nullement le type scrofuleux : c'est un sujet maigre, nerveux, jouissant d'ailleurs d'une santé florissante ; toute la famille est exempte de la moindre manifestation de scrofule ; la sœur, qui cohabite avec la malade, est entourée de huit enfants, modèles de santé.

Cette personne était-elle syphilitique? L'interrogatoire fut d'abord négatif. Cependant, la chaîne de ganglions se montrait le long des vertèbres cervicales : la langue trahissait la vérole ; le sujet ne se rappelait pas avoir eu d'éruption ou de taches à la peau ; vers l'âge de vingt ans des *hémorrhoïdes* s'étaient montrées pendant un laps de temps indéterminé.

Il y a huit ans, une tumeur arrondie s'était formée sur le sternum, avait dégénéré en abcès et laissé, comme trace, une grande cicatrice irradiée et adhérente à l'os. Il y a cinq ans elle avait été boiteuse pendant trois années ; le mal avait débuté aux deux tibias par une tumeur dure, située sur la face antéro-interne de l'os. Ces boules s'étaient ouvertes à la longue et, finalement, les jambes avaient été criblées d'ulcérations et de trous depuis le genou jusqu'au dos du pied ; les deux membres sont actuellement couturés par des cicatrices adhérentes, irrégulières, mais se rapprochant toutes de la forme circinée.

A force d'instances et grâce à la guérison inespérée, la malade avoua un rapport, à dix-huit ans, avec un domestique ; les douleurs qu'elle avait endurées pendant l'acte et surtout les souffrances consécutives à la vulve et à la gorge, l'ont détournée à jamais des plaisirs de Vénus. Ignorant ce qu'elle portait en elle et n'osant avouer sa faute, la malade souffrit en silence, sous l'action dévastatrice de la syphilis.

Vingt-quatre ans plus tard, se manifestent des gommes aux membres inférieurs et au sternum : le larynx devait payer son tribut à la syphilis vieillie. Vingt-neuf ans après l'infection primitive, des gommes envahissent le

canal trachéo-laryngé; elles se localisent surtout au niveau du cartilage cricoïde et de l'articulation crico-arythénoïdienne droite. Ces tumeurs doivent s'être ulcérées; elles ont provoqué un bourgeonnement sténosique qui menaça les jours du sujet. La vie a été sauve, mais la syphilis tertiaire a laissé, comme vestige, une parésie de la corde droite et une semi-ankylose de l'articulation crico-arythénoïdienne correspondante..

DU PRONOSTIC ET DU TRAITEMENT DU CORYZA ATROPHIQUE OU OZÈNE,

par le Dr E. J. Moure.

Je n'ai pas besoin de rappeler ici que depuis les recherches de Michel, Zaufal, Gottstein et Hartmann, il est absolument démontré aujourd'hui que l'ozène n'est point dû à des ulcérations des fosses nasales. Tout le monde connaît la théorie de Zaufal, qui veut que cette affection soit la conséquence de la trop grande largeur des fosses nasales, théorie adoptée par Hartmann; chacun sait aussi que Michel (de Cologne), pense au contraire qu'il s'agit d'une inflammation des sinus sphénoïdaux et ethmoïdaux d'où proviendrait la plus grande partie des sécrétions, théorie dont les recherches anatomiques de Zuckerkandl ont démontré l'erreur, puisque cet auteur a prouvé que chez les individus à cornets inférieurs rudimentaires l'ethmoïde était peu développée. Enfin la dernière hypothèse (Gottstein), la plus vraisemblable à mon avis, est celle qui fait de l'ozène une affection de la muqueuse produisant l'hypersécrétion glandulaire d'abord, puis comme conséquence l'hypertrophie (Fraenkel) et finalement l'atrophie non seulement de la muqueuse mais des cornets eux-mêmes et particulièrement du cornet inférieur. Cette théorie me paraît au moins avoir l'avantage d'expliquer aussi bien le trouble profond apporté à la sécrétion du nez, que son abondance et son aspect puriforme jaunâtre alors qu'elle suinte des glandes enflam-

mées et avant qu'elle se soit concrétée sous forme de croûtes verdâtres lamelliformes, causes premières de l'odeur que répand le malade autour de lui.

Le pronostic porté par la plupart des auteurs qui se sont occupés de la rhinite atrophique est tellement grave, ou tout au moins si décourageant pour les malades, que bien des praticiens, convaincus de leur impuissance dès le début du mal, renoncent quelquefois à toute espèce de médication. C'est parce que je ne partage pas complètement une manière de voir aussi défavorable que je me suis permis de traiter cette question aujourd'hui devant vous.

Je sais très bien que Zaufal, Michel, Hartmann, Fränkel, Morell-Mackensie, F. Semon, Martin, Calmettes, etc., et avec eux beaucoup d'autres auteurs, considèrent l'ozène comme une affection absolument inguérissable. Cependant quelques-uns de ces auteurs, Fränkel par exemple, admettent que la rhinite atrophique peut guérir spontanément, et dans tous les cas presque tous sont unanimes pour reconnaître que la maladie diminue notablement avec l'âge pour disparaître plus ou moins complètement et par les seuls efforts de la nature à un âge assez avancé. Que l'odeur soit le résultat d'une altération spéciale des sécrétions par des acides gras (Kraus), qu'il s'agisse d'un ferment spécial (Ziem, Bergen), d'un coccus (Lœwenberg) ou d'une odeur spéciale aux sécrétions nasales (Fournié), il n'en est pas moins vrai que cette disparition spontanée de la fétidité est un fait digne d'attirer notre attention et qui nous semble infirmer singulièrement la théorie de Zaufal. En effet, la cavité du nez restant toujours aussi large qu'elle l'était, soit au moment de la puberté, soit dans l'âge adulte, il est difficile d'expliquer la disparition de la sécrétion d'abord et celle de l'ozène qui en est la conséquence. Ce fait doit aussi nous faire espérer que si le symptôme le plus désagréable de l'affection peut arriver à disparaître de lui-même, à plus forte raison doit-on espérer le voir

céder à un traitement sévèrement conduit par le médecin et scrupuleusement suivi par le malade. Il est incontestable que tous les coryzas atrophiques ne se ressemblent pas et que plus la maladie est ancienne,, c'est-à dire plus la cavité du nez est large par suite de l'atrophie des parties qui la constituent (muqueuses, cornets) et plus le pronostic sera grave. Dans ces cas, il faut bien avouer que le malade sera obligé de se soigner longtemps, peut-être pendant de longues années, pour voir se tarir cette sécrétion incessante et rapidement fétide; mais à côté de ces faits, incurables si *l'on veut*, il en existe d'autres, et je ne crains pas d'avouer que ce sont les plus nombreux, dans lesquels *on peut espérer arriver à une guérison absolue*, c'est-à-dire à voir les malades cesser toute espèce de traitement et sans jamais voir reparaître leur première rhinopathie.

Je ne veux point citer ici des faits, mais je puis affirmer avoir à ma connaissance quelques observations de coryza atrophique parfaitement caractérisé, aujourd'hui tout à fait guéri, l'un notamment depuis deux ans et les autres depuis au moins un an. Aussi ne serai-je pas de ceux qui veulent qu'en présence d'un malade atteint d'ozène on doive l'avertir que son affection est incurable, d'autant plus, je le répète, que ce coryza se guérit en quelque sorte de lui-même à mesure que le malade avance en âge.

Le traitement a tout au moins l'avantage de faire disparaître rapidement le symptôme odeur, si désagréable pour les personnes atteintes et surtout pour ceux qui les entourent. Quelquefois même, je le répète, il fera davantage, il guérira.

Je n'insisterai pas beaucoup sur ce traitement auquel je n'ai rien ajouté, sinon l'espérance d'une guérison qui fait que malade et médecin luttent avec plus de confiance et par conséquent avec plus d'énergie. Ce n'est pas tant sur le traitement que sur sa durée qu'il faut

compter pour arriver à un résultat et ce sont des années de soins réguliers qui sont nécessaires pour atteindre ce but.

Le premier point étant de faire disparaître l'ozène, on devra donc débarrasser les fosses nasales des mucosités qu'elles contiennent. A cet effet, la douche, de Weber est encore le meilleur moyen à employer. Si l'irrigation offrait quelques inconvénients on essaierait de la remplacer par le bain nasal, ou le gargarisme rétro-nasal (Guinier) qui peuvent du reste être employés en même temps. Le point capital sera surtout de faire des irrigations abondantes deux ou trois fois par jour au début : Voici la manière dont je procède habituellement.

Je prescris d'abord au malade une première irrigation avec un ou deux litres d'eau sulfureuse, ou additionnée de chlorate de potasse, bicarbonate de soude ou sel marin ; lorsque cette première injection a détergé les fosses nasales ou au moins ramolli les sécrétions croûteuses contenues dans ces cavités, le malade fait alors une deuxième irrigation avec une solution antiseptique (acide phénique, chloral, salicylate de soude, résorcine, acide salicylique, etc.). Pour éviter l'accoutumance, il est bon de changer les solutions environ tous les mois.

Les douches nasales terminées, je fais pratiquer une pulvérisation nasale tiède, soit antiseptique, soit astringente (tannin, alun, acide citrique, etc.).

Le point capital est de faire cet ensemble de traitement tous les jours, avec une régularité parfaite. S'il s'agit d'un enfant et surtout d'une jeune fille, il est nécessaire de le continuer jusqu'après l'établissement complet de la menstruation. Car il n'est point rare de voir survenir, à cette époque, une recrudescence marquée dans les sécrétions de la muqueuse, et par conséquent une augmentation notable de l'odeur qui s'en exhale.

Quant au traitement local actif, fait par le médecin traitant, il varie en suivant les besoins du moment, et il me semble difficile de donner des indications précises à cet égard.

Faut-il ajouter qu'une médication générale tonique (l'huile de foie de morue ou l'iodure de potassium) trouveront ici un emploi tout naturel?

Enfin, si le malade peut le faire, une saison aux Pyrénées et surtout aux bains de mer, exerceront une influence salutaire sur la marche de la maladie. Dans ces derniers cas, tous mes malades se sont bien trouvés de l'emploi de l'eau de mer (au 1/3 ou à 1/2) en irrigations nasales, et ce moyen me paraît être un adjuvant puissant du traitement.

COMPTE RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 2 avril 1885.

Présidence de M. Urban PRITCHARD (de Londres).

Deux cas de surdité unilatérale complète survenue à la suite des oreillons, par le Dr MÉNIÈRE (de Paris).

Les oreillons sont une des maladies qui peuvent être la cause de complications sérieuses du côté de l'audition. Dans les traités de pathologie, on se contente d'indiquer les phénomènes auriculaires sans approfondir la question.

Il m'a été donné d'observer plusieurs cas ; j'en retiendrai deux qui m'ont paru intéressants, et je les ferai suivre de quelques réflexions suggérées par l'ensemble des faits.

OBS. I. — M. X., garçon de quatorze ans, d'une assez bonne constitution, paraissant cependant un peu lymphatique, a eu, étant tout jeune, la rougeole et la scarlatine, mais sans complications. Les parents sont tous deux un peu arthritiques.

L'enfant eut les oreillons en avril 1881.

Il y avait une épidémie légère dans le pays qu'il habitait. En somme, son état parut peu grave.

Le quatrième jour, après l'invasion, le jeune enfant eut quelques bourdonnements dans l'oreille droite; il en attribuait la cause à la chaleur développée autour de la tête par les cardes d'ouate destinées à le garantir du froid.

Le lendemain, cinquième jour, il sentait à peine ces bruits, mais il lui semblait ne plus entendre de l'oreille droite.

Son état de malaise, quoique assez peu marqué, l'empêcha ainsi que ses parents de prêter quelque attention à cette dysécée.

Enfin, le douzième jour, l'enfant étant à peu près complètement remis, remarqua très nettement avec son entourage que l'oreille droite n'entendait rien quand la gauche était bien bouchée. Il n'y avait ni otite, ni otorrhée. Les médecins consultés ne firent aucune médication à cette époque.

J'examinai l'enfant de la façon la plus scrupuleuse.

L'oreille externe était absolument normale; le tympan, translucide et sans altération; la trompe en parfait état.

L'auscultation de la caisse ne laissait aucun doute sur son intégrité : les procédés acoumétriques étaient négatifs, et la voix tout contre l'oreille donnait à l'enfant la sensation d'un bruit lointain.

Je regardai l'affection comme incurable, et je conseillai de s'abstenir de tout traitement.

Obs. II.— Cette observation est beaucoup plus concise que la première, je n'avais gardé qu'une simple note sur ce cas.

Mlle X., petite fille de onze ans, d'apparence chétive, est amenée par sa mère, modeste ouvrière.

Elle a eu les oreillons en mars 1879, en même temps que ses deux frères. Sa mère dit qu'elle a été fort souffrante pendant huit jours. Au cours de la maladie, elle eut un peu de délire pendant un jour, sans convulsions apparentes. Les oreilles n'ont été le siège d'aucun écoulement muqueux ou purulent.

Au début de la convalescence, l'oreille droite a paru ne plus entendre.

L'examen de l'oreille ne permet de découvrir aucunes lésions dans l'appareil auditif droit.

Je constate une surdité complète de ce côté, même au coup de sifflet aigu. = Rien à tenter.

Les deux cas que je viens de rapporter me semblent absolument nets. Les deux malades n'ont pas présenté de symptômes cérébraux qui aient été remarqués par les parents ou les médecins.

Il faut noter cependant le délire assez peu fort survenu chez la petite fille de l'observation 2. La mère seule l'a constaté.

Dans le premier cas la surdité a été remarquée le cinquième jour ; dans le deuxième cas, le onzième jour.

Quelle est la cause qui peut donner lieu à des effets aussi foudroyants ?

Beaucoup d'auteurs ont indiqué autrefois que la surdité pouvait survenir à la suite des oreillons, mais sans ajouter aucune réflexion.

Bergeron a dit qu'on pouvait voir persister une surdité définitive, *s'il y a eu de l'otite.*

Bouchut ne note rien de particulier. Dans mes observations comme dans celles de Bruck, de Moos, de Brenner, etc., il n'y avait aucune lésion de l'appareil auditif externe ou moyen.

Mais est-ce bien dans l'oreille interne seule que les lésions peuvent se faire ? Ne peuvent-elles point atteindre le nerf auditif dans son trajet intra-crânien ou même au niveau de ses origines? Les autopsies étant muettes à ce sujet, nous en sommes réduits aux hypothèses.

Chauvel, Trousseau, Rilliet, ont parlé des accidents typhoïdes pouvant survenir pendant les oreillons ; mais ils s'accompagnent alors de symptômes généraux graves.

D'autres médecins ont signalé les accidents ataxiques avec délire, agitation, pouvant faire croire à une affection méningée ou cérébrale.

Il est reconnu d'autre part par d'autres auteurs que ces symptômes peuvent ne durer qu'un court espace de temps.

Pourquoi ne pas admettre qu'il se fait du côté des méninges plus ou moins brusquement une lésion, dont les symptômes peuvent, étant donnée leur courte durée, passer inaperçus pour l'entourage du malade? Cet entourage n'est-il pas porté à mettre sur le compte des oreillons, la céphalalgie, la prostration, le délire ou quelques phénomènes du même genre dont la gravité échappe à tous?

Lorsque des parents m'amènent un enfant devenu sourd-muet entre un an et cinq ans, je les interroge avec beaucoup de soin et de patience, et j'ai noté les particularités suivantes, que mes confrères ont pu remarquer, comme moi, à des âges variables. Au moment de la dendition, l'enfant a un malaise plus ou moins prolongé, puis une convulsion quelquefois unique, d'autres fois se répétant à des intervalles variés dans une même journée.

De maladie, il n'en existe pas à proprement parler. La veille des accidents l'enfant paraissait dans son état quasi-normal; le lendemain tout a disparu et l'audition est perdue.

Ces phases convulsives peuvent avoir lieu la nuit; le jour elles peuvent aussi passer inapercues.

En faisant appel aux souvenirs des parents désolés, j'ai pu, dans quelques cas, obtenir des réponses précises. « *Les yeux lui ont tourné, et sont devenus blancs;* nous » avons pensé qu'il souffrait, puis ça a passé, et nous » n'avons plus rien vu de semblable. »

L'enfant entendait depuis sa naissance, et les mois suivants. La famille précise et explique souvent très nettement les moyens dont on se servait pour s'assurer de l'audition. Puis, elle indique encore que le lendemain de ces accidents convulsifs, l'enfant ne se retournait plus quand on l'appelait, etc.

Ces graves manifestations méningées, survenant sans causes bien connues, dans les circonstances que je viens d'indiquer, ne sont généralement pas accompagnées par d'autres symptômes généraux sérieux.

Ne pourrait-on pas expliquer par un mécanisme semblable ces surdités brusques et définitives qui se rencontrent quelquefois à la suite des oreillons, sans autres complications visibles?

Nous devons demander la réponse à l'anatomie pathologique.

M. MOURE. — Dans tous les cas de surdité consécutive aux oreillons publiés jusqu'à ce jour, on a, je crois, observé des vertiges et des bourdonnements qui indiqueraient nettement l'origine labyrinthique de l'affection. Moi-même j'ai rapporté un fait de ce genre dans lequel la malade présenta des symptômes vertigineux qui ne disparurent qu'après un certain temps, laissant, comme dans les cas de M. Ménière une surdité complète et incurable. Quant au mode de production de ces lésions, il est évident que l'anatomie pathologique devra se prononcer sur ce point.

M. MÉNIÈRE n'a jamais noté, dans les cas observés par lui, de vertiges ni de phénomènes marqués d'affection labyrinthique.

Ces phénomènes n'avaient pas été vus par les médecins qui avaient soigné les enfants.

Je me demande encore quelle pouvait être l'explication de ces surdités complètes survenant aussi rapidement dans le cours des oreillons.

M. C. MIOT. — Dans un certain nombre de cas de surdité produite par les oreillons, nous avons noté des symptômes indiquant une congestion plus ou moins vive du labyrinthe; symptômes qui peuvent être confondus avec ceux que l'on observe dans l'hypérémie des méninges.

Abcès aigu rétro-laryngien avec pneumonie double, par le D[r] GAREL (de Lyon).

J'ai l'honneur de présenter à la Société l'observation d'un homme, âgé de quarante-cinq ans, qui entra dans mon service, à l'hôpital, le 11 janvier 1885.

Cet homme ne présentait aucun antécédent spécifique, ni aucune affection diathésique. Trois jours avant son entrée, après avoir fumé sa pipe, il éprouva un chatouillement dans la gorge; il but de l'eau froide, et une demi-heure après, survint de la dysphagie. Cette dysphagie augmenta rapidement et le troisième jour, après des accès de suffocation, l'examen laryngoscopique révéla la présence de deux bourrelets volumineux et œdémateux occupant les deux fosses rétro-laryngées. Le larynx était aplati au niveau de l'épiglotte, ce qui empêchait d'apercevoir les cordes vocales.

Le bourrelet du côté droit est un peu plus volumineux. En même temps on constate de la pneumonie à la base du poumon gauche. Je fais une application de six sangsues sur le cou et des onctions mercurielles belladonées. La nuit suivante, le foyer s'ouvre spontanément et dégage un peu le larynx de sa compression; la dysphagie persiste néanmoins. Le soir du quatrième jour, la dyspnée augmente, on pratique la trachéotomie, et le malade meurt deux heures après l'opération.

A l'autopsie, pratiquée par M. le professeur Tripier, on constate un foyer d'infiltration purulente dans la gouttière rétro-laryngée droite *sans lésions du cartilage*. On trouve du côté des deux poumons une pneumonie fibrineuse, occupant les deux tiers des poumons. Le point pneumonique de la base gauche paraît plus avancé.

M. Goix, dans sa thèse et dans son mémoire des *Archives de Médecine* (1882), n'a pu réunir que huit observations d'abcès rétro-laryngé primitif aigu. Notre cas rentre parfaitement dans le cadre de ceux décrits par M. Goix, tant au point de vue de la marche qu'au point de vue des symptômes. Quant à leur étiologie, on invoque le froid, comme on l'a fait d'ailleurs pour les autres variétés d'œdème aigu primitif du larynx, variétés bien étudiées par M. Moure en 1881. Je pense qu'il vaut mieux invoquer une origine parasitaire, comme on le suppose dans la pneumonie et dans les amygdalites. On est même autorisé à se demander, dans le cas présent, si

le même germe n'a pas provoqué l'éclosion de l'abcès laryngé et de la pneumonie.

M. Moura. — L'explication que donne notre confrère, M. Garel, de la cause présumée de l'abcès aigu péri-laryngien, peut être acceptée. Mais il me paraît très probable que la cause véritable est l'inflammation de quelque glandule muqueux qui prend rapidement l'aspect d'un petit furoncle. Un œdème inflammatoire rapide en est la suite et l'effet immédiat, ainsi que j'ai eu occasion de l'observer dans l'intérieur même du larynx.

M. Garel. — Je tenais seulement à insister sur l'étiologie *a frigore* dont on a exagéré la fréquence; l'origine infectieuse est plus rationnelle d'après les théories actuelles.

M. Delie (d'Ypres), fait une communication sur **un cas de syphilis tertiaire tardive du larynx** (1).

M. Moura. -- Je partage complètement l'avis de notre confrère, touchant le diagnostic syphilitique de la maladie dont il vient d'être question.

La rapidité de la guérison obtenue par un traitement d'un mois et local — les inhalations d'iodoforme — exclut entièrement la nature scrofuleuse et tuberculeuse du mal. Les symptômes tertiaires constatés par notre honorable confrère sur divers points de corps, le tibia, le sternum, par exemple, et l'engorgement des ganglions du cou, ne laissent aucun doute.

M. Ayssaguier demande si l'examen, au point de vue des bacilles, a été fait.

M. Coupart. — S'il n'a pas été fait de traitement général, l'amélioration rapide confirme l'idée de syphilis.

M. Delie. — Je n'ai fait aucun traitement général, afin de constater l'action de l'iodoforme; à la première inspection je croyais sûrement à la phymie laryngée, mais l'absence de

(1) Voir *Revue* n° 6, p. 282.

symptômes généraux, et la rapidité de la guérison par l'iodoforme, ne peuvent laisser aucun doute sur la nature syphilitique du mal.

M. Bayer (de Bruxelles) fait une communication **sur un cas de kystes osseux des cavités nasales** (1).

Sur le rôle du muscle thyro-cricoïdien antérieur, par le Dr Moura-Bourouillou (de Paris).

Le mardi, 12 août 1879, je fis à l'Académie de Médecine lecture de mon premier mémoire sur la statistique millimétrique des diverses parties de l'organe de la voix.

Dans la première partie de ce mémoire, je signalai à l'attention de mes honorables et savants confrères, une erreur propagée et reproduite par presque tous les anatomistes et les physiologistes. Cette erreur est relative au sens suivant lequel a lieu le mouvement d'écartement et de rapprochement des deux cartilages thyréoïde et cricoïde.

Denis Dodart (1634-1707), médecin de la duchesse de Longueville, de la princesse de Conti et même de Louis XIV, se demandait « si la diversité des tons dé- » pendait uniquement de la longueur des ligaments de » la glotte, longueur qui peut varier, dit-il, suivant que » *le cartilage scutiforme est plus ou moins tiré en avant* et que » les cartilages aryténoïdes le sont plus ou moins en » arrière. » (*Encyclopédie* de d'Alembert et Diderot art. voix.) — Dodart comparait le larynx au tuyau d'un orgue et sa théorie de la voix humaine régna dans les Écoles de médecine jusqu'en 1742.

Le baron de Haller (1708-1777), l'élève d'Albinus, de Ruysch, de Boerrhaave, « signale à cette occasion *le défaut de machines propres à tirer le cartilage scutiforme en avant.* » Il pense « que l'auteur de l'expérience a cru que » le cartilage scutiforme était porté en devant, tandis » qu'il était certainement élevé. » (*Id.*)

(1) Voir *Revue* no 6, p. 277.

Il est vrai que l'illustre Bichat avait cru à ce mouvement. « Quand il — le resserrement de la glotte — *se fait,* » dit-il, *d'avant en arrière,* ce que j'ai observé aussi, les » aryténoïdiens latéraux et les thyro-aryténoïdiens le » produisent conjointement avec les crico-thyroïdiens, » *par l'espèce de bascule* que ces derniers font exécuter au » thyroïde. » (*Traité d'Anat.,* vol. II, p. 407.)

Après cela, il n'est pas surprenant que l'erreur ait fait son chemin. Longet s'en est servi pour expliquer les conséquences de la section des nerfs laryngés supérieurs.

Quelques auteurs pourtant sont restés dans le doute. Ils se sont demandé quel était celui des cartilages qui se rapprochait de l'autre et si chacun d'eux ne pouvait pas être alternativement soumis aux mêmes mouvements.

La réponse à ces questions n'est pas, à mon avis, aussi difficile qu'elle le paraît au premier abord, disai-je à mes confrères.

1° L'anatomie nous apprend que le cricoïde fait partie de la trachée autant que du larynx; il en est le premier anneau et il est de plus suspendu au thyréoïde à la façon d'une balançoire ou d'un trapèze. La physiologie et l'observation démontrent qu'il suit les mouvements d'ascension et de descente du conduit aérien pendant l'émission des sons et l'acte de la déglutition, plus exactement *glutition.* Le premier venu ayant quelques connaissances sur l'anatomie de l'appareil de la voix peut, avec l'index, constater sur lui-même ce va-et-vient du cricoïde.

2° Un muscle, on le sait, n'a d'action sur le levier qu'il doit mouvoir qu'à la condition d'être fixé par un de ses points d'attache. En outre, si l'une de ses deux insertions a lieu sur une surface plus éteudue que celle de l'autre, elle sert de point d'appui à son action.

Cette double condition anatomique appartient au muscle qu'il faut nommer *thyréo-cricoïdien* et non *crico-thyréoïdien*, cette dernière appellation ayant l'inconvénient

de donner une interprétation erronée de son rôle actif ou physiologique. Ce muscle a une forme à peu de chose près triangulaire; un de ses côtés, sa base, répond à son attache supéro-postérieure fixe ou thyréoïdienne, tandis que son angle antéro-inférieur est inséré au cricoïde et représente son attache mobile. Son action consiste donc à attirer en haut le cricoïde et la trachée.

3° Nous savons aussi que celui des deux cartilages qui se trouve immobilisé pendant l'émission des sons élevés, est le thyréoïde. Celui-ci est fixé en haut par les muscles de la région thyréoïdienne, et par ceux du pharynx. A cet instant seulement, le muscle thyréo-cricoïdien entre en action; il attire vers le bord inférieur du thyréoïde l'anneau cricoïdien, et avec lui la trachée. Un mouvement d'équerre ou de sonnette est ainsi produit : le cricoïde subit de bas en haut un déplacement qui, d'une part, le rapproche de la moitié antérieure du thyréoïde et, d'autre part, porte en arrière sa moitié postérieure sur laquelle sont articulés et fixés les deux aryténoïdes. Ce double mouvement a pour effet, l'allongement des lèvres vocales d'une quantité proportionnelle à leur degré d'élasticité.

4° Enfin, il est reconnu que l'instant où le cartilage thyréoïde est porté en bas et exécute l'apparence de mouvement de bascule signalé par Bichat, est celui qui correspond à l'inspiration pulmonaire. Ici la glotte est largement ouverte; le muscle thyréo-cricoïdien n'ayant pas à intervenir, est en repos, relâché; d'ailleurs, il ne pourrait prendre point d'appui sur la trachée, puisque ce conduit est dépourvu de fixité. Il n'en est pas de même du muscle sterno-thyréoïdien, muscle intrinsèque, essentiellement inspirateur; c'est lui qui, attirant en bas le thyréoïde sur lequel il a son attache mobile ou supérieure, lui imprime un léger mouvement de bascule qui le porte en avant et le rapproche du cricoïde à chaque inspiration.

Certains physiologistes se sont donc mépris en mettant

sur le compte du thyréo-cricoïdien l'abaissement du cartilage scutiforme ou thyréoïde.

Dans un mémoire publié l'année dernière, M. le Dr Hooper, de Boston, a soumis les nerfs laryngés supérieurs à des expériences dynamiques qui sont venues confirmer celles de Magendie. Ces nerfs ont été fixés sur des électrodes et un appareil enregistreur adapté aux cartilages thyréoïde et cricoïde permettait de fixer le sens de l'action du muscle thyréo-cricoïdien. Ces expériences ont été faites en collaboration avec M. le professeur Henry Bowditch, dans le laboratoire physiologique de l'École de Médecine de Harvard.

Le Dr Hooper classe en six catégories les physiologistes à propos de l'action du muscle thyréo-cricoïdien, et il rappelle qu'en 1724, Guillaume Cowper pensait que sa fonction était de tirer en haut le cricoïde, plutôt que d'abaisser le thyréoïde. (*Myotomia reformato*, 2e éd., Londres 1724.)

Sur la nature musculaire du ligament suspenseur de l'isthme du corps thyroïde, par le Dr Moura-Bourouillou (de Paris).

Le ligament suspenseur de l'isthme du corps thyroïde, lorsqu'il existe, présente de nombreuses variétés dans son insertion hyoïdienne, dans sa longueur, dans son épaisseur et même dans sa direction.

Une des transformations de ce ligament les plus curieuses est celle qui présente des fibres et faisceaux musculaires, de manière à simuler un vrai muscle.

Lorsque, pour la première fois, je l'ai constatée à la Clinique de l'ancien Hôtel-Dieu, le 6 février 1872, je crus d'abord à une apparence trompeuse. Mais l'examen microscopique, fait sur ma demande par M. Liouville, chef de clinique, vint confirmer la nature musculaire de ce ligament.

Depuis cette époque, je l'ai rencontré un certain nombre de fois plus ou moins développée, formant parfois

un faisceau musculaire assez fort, bien isolé des tissus voisins.

Sur quatre-vingt-six pièces anatomiques, dont la plupart constituent le musée laryngien pathologique de l'Hôtel-Dieu nouveau, je l'ai notée quatorze fois.

Sur deux larynx, la direction du ligament musculaire était tout à fait médiane. Sept fois, son insertion sur l'hyoïde se faisait à droite et quatre fois à gauche de la ligne médiane ; une seule fois elle avait lieu sur l'angle saillant du cartilage thyroïde, un peu à droite, et le muscle glandulaire était franchement thyréo-thyroïdien.

La partie ligamentaire de ce muscle est ordinairement plus développée que sa portion musculaire et celle-ci ressemble parfois à une agglomération de corps glandulaires rouges.

Le muscle hyo-thyroïdien glandulaire a-t-il une fonction propre? N'est-il qu'un exemple de la transformation du tissu fibreux ou lamineux en tissu musculaire?

Cette dernière opinion me semble la plus raisonnable, car la rareté de l'existence des fibres musculaires dans ce ligament prouve que leur présence ne change, ni n'ajoute pas grand'chose à son rôle suspenseur.

Séance du 3 avril 1885.

Présidence du D[r] C. Miot (de Paris)

M. Gellé (de Paris) fait une communication sur la **valeur de l'épreuve des pressions centripètes. — Réponse aux critiques de Politzer** (sera publié).

M. Moure (de Bordeaux) fait une communication sur **le pronostic et le traitement de la rhinite atrophique ou ozène** (1).

M. Delie. — Je me permets d'exposer mon traitement institué dans le but de diminuer et même d'enlever la sécrétion du nez : lavages larges désinfectants deux fois par jour ;

(1) Voir *Revue*, n° 6, p. 290.

le soir, un tampon de ouate *iodurée :* ce dernier diminue positivement la sécrétion nasale; la muqueuse devient blanche et la sécrétion diminue, et avec le temps disparaît.— Je possède deux cas de guérison complète.

M. Garrigou-Désarènes.— Depuis plusieurs années j'ai employé, de la manière décrite dans un travail publié, avec M. Mercier, mon chef de clinique, en 1884, la galvano-caustique chimique l'électrolyse pour combattre le catarrhe chronique des fosses nasales et l'ozène.

Dans le catarrhe hypertrophique, où il existe une gêne très prononcée du passage de l'air par les fosses nasales, accompagnée souvent d'une odeur fade et douceâtre, l'électrolyse avec une pile à courants continus marquant 15 milliampères, procure la guérison de l'affection très facilement, souvent au bout de quelques séances.

Dans ces cas je me sers, lorsque je veux agir sur une partie limitée, d'électrode en forme de bouton, de spatule isolée d'un côté, de cylindre, etc., auquel correspond le pôle négatif de la pile.

Quand je désire mettre en contact avec la muqueuse nasale une large partie métallique, je me sers d'un petit éventail, dont j'ai donné le dessin (1).

Dans le catarrhe chronique atrophique, là où l'on rencontre souvent une odeur très prononcée et repoussante, j'ai pu avoir également des cas de guérison complète. Mais là, j'ai dû, dans quelques cas, répéter les applications de la galvano-caustique chimique un très grand nombre de fois. L'expérience m'a appris qu'il suffit, pour une nouvelle application, de 3 à 4 jours d'intervalle. En même temps je faisais faire aux malades des lavages des fosses nasales, à l'aide du syphon, employant soit de l'eau du Mont-Dore, soit du lait à la température de 40° cent. avec addition de 20 grammes de chlorate de potasse.

Dans cette dernière forme du catarrhe nasal, le pôle positif,

(1) *Du catarrhe chronique des fosses nasales et de l'ozène,* traitement par la galvano-caustique chimique, Paris, 1884.

en contact avec la muqueuse, m'a donné les meilleurs résultats. Je place le second électrode sur le bras ou la main du malade. Il faut que l'électrode, placé ainsi, ait une grande surface (9 à 10 centimètres de zinc, recouvert de peau de daim).

J'ai eu ces jours-ci la visite d'une malade que j'ai soignée de cette manière il y a plus d'un an et chez laquelle la guérison s'est parfaitement maintenue.

M. Baratoux prie M. Désarènes de spécifier le galvanomètre qu'il emploie ; cela est important, car les galvanomètres ne sont pas tous réglés sur celui de l'inventeur, M. Gaiffe.

M. Garrigou-Désarènes. — C'est le galvanomètre de M. Chardin.

M. Delie. — Quelle est l'action de l'électrolyse ?

M. Garrigou-Désarènes. — Bien que les plaques métalliques ne touchent pas toute l'étendue de la muqueuse nasale, dans un certain rayon, autour des points de contact, apparaissent à l'état naissant des acides ou des alcalis libres produisant une modification chimique, constituant une sorte d'atmosphère alcaline ou acide, modification qui représente des conditions de milieu particulières auxquelles correspondent nécessairement des conditions de nutrition différentes.

Ainsi que l'a exposé le Dr Tripier, la muqueuse, d'abord mince, luisante, recouverte souvent d'un enduit muqueux, plus ou moins épais, se modifie dans sa texture, prend une coloration d'un rouge moins terne ; la sécrétion se modifie et diminue ; dans plusieurs cas le nez paraît être devenu moins large à sa partie supérieure entre les yeux, et les narines moins béantes.

M. Noquet. — J'ai eu l'occasion de soigner plusieurs cas d'ozène suivant les indications que vient de nous donner M. Moure : grandes irrigations avec des solutions de chlorate de potasse, injections et pulvérisations antiseptiques, et j'ai

obtenu de bons résultats. Dans un cas surtout, la guérison a été complète et s'est maintenue depuis six mois.

Il s'agissait d'une jeune fille de 25 ans, atteinte d'ozène depuis son enfance, et cependant ses fosses nasales n'étaient pas très larges; il y avait toutefois de l'atrophie de la muqueuse. Outre le traitement dont j'ai parlé, je donnai du sulfate neutre d'atropine et fis quelques cautérisations avec le galvano-cautère.

Le sulfate neutre d'atropine me paraît très indiqué dans l'ozène.

M. Aysaguer. — Dans le traitement de l'ozène vrai, je ne pense pas que l'électrolyse et même le galvano-cautère puissent être d'une grande utilité, car je crois, qu'en dehors de l'état de la muqueuse et des organismes qui s'y produisent il existe un autre élément producteur de l'ozène : c'est l'atrophie du cornet inférieur, donnant lieu à un élargissement considérable des fosses nasales ; de sorte que, en dehors du traitement par les lavages antiseptiques, il faut tenir compte du traitement mécanique par les tampons de ouate. Cela est d'autant plus vrai que l'on peut produire pour ainsi dire de l'ozène artificiellement. Ainsi, chez une jeune femme, à laquelle j'avais enlevé près de 80 polypes, il s'était produit consécutivement un ozène avec fétidité analogue à celle que l'on rencontre dans l'ozène ordinaire vrai.

Je puis ajouter que mon ami, le Dr Calmettes, en a observé un cas semblable.

Des éléments ordinaires qui entrent dans la constitution des états morbides du larynx, dévoilés surtout par les eaux sulfureuses et, en particulier, les eaux de Cauterets. par le Dr Sénac-Lagrange. — L'élément vital, c'est-à-dire fonctionnel qui complique les éléments organiques dans la majorité des cas, et souvent aussi fait à lui seul toute la maladie, est l'*atonie*, *asthénie* ou *parésie* laryngienne, spéciales à la classe des chanteurs, orateurs, professeurs, avocats, hommes de bourse, à tous ceux qui sont appelés à faire abus de l'organe vocal.

Dans l'exercice de la voix parlée, cette asthénie se traduit par la fatigue de l'organe, par l'enrouement, l'inégalité de la voix, l'aphonie, etc.

Le phénomène qui traduit l'asthénie se présente-t-il toujours dans les même conditions? Non, car l'état constitutionnel y introduit parfois tel ou tel symptôme, le spasme, par exemple, si l'athritisme intervient.

Comment l'état normal est-il récupéré, sous l'intervention de la médication sulfureuse? Prenons un chanteur dans des conditions de lymphatisme ordinaire, modéré (l'état constitutionnel joue ici le principal rôle). La parole est moins pénible, la voix de poitrine se retrouve large et continue, puis la voix de tête revient avec son aisance première. Le lymphatisme est-il exagéré? l'état normal est toujours un état de faiblesse relative, et il n'est que plus difficilement recouvré, à travers des phénomènes d'aphonie et d'irritation laryngiennes traduisant une action substitutive plus ou moins vive.

Après l'élément dynamique, viennent les éléments matériels : 1° l'élément hémorrhagique. Quelque réserve qu'il faille apporter à l'existence de cet élément, il n'en existe pas moins, et le lymphatisme, en tantque faiblesse de tissu, en est la raison première; 2° l'élément congestif. Chez l'arthritique, au contraire, nous rencontrons un autre élément : l'élément congestif actif, qui se présente sous la forme clinique d'irritation laryngienne. Dans le lymphatisme, la congestion est passive. Comme acte provoqué par la médication sulfureuse, elle est fréquente et est la raison de ces aphonies survenant sous l'action du traitement thermal; 3° élément catarrhal. Il se rencontre communément chez le lymphatique et l'arthritique. Chez le premier, il n'est pas toujours apparent et c'est alors la médication thermale qui le dévoile. Cette action rénovatrice est la règle; un catarrhe laryngien, comme tout catarrhe bronchique, ne peut être déclaré guéri qu'autant que le traitement thermal l'aura montré tel. Dans l'action curatrice, le traitement thermal provoque toujours, comme résultat de son action tonique du catarrhe pituiteux. Chez l'arthritique, la

toux a un caractère spasmodique, plus en rapport avec les symptômes d'irritation laryngienne qu'avec la sécrétion. Celle-ci se présente rarement sous forme de petits crachats gris perlés, gélatineux, à consistance d'empois, se maintenant tels durant tout le temps du traitement; 4° élément spasmodique. Celui-ci est spécial à l'arthritisme. Il est spontané ou provoqué par les eaux et peut alors aller jusqu'à l'asthme. Compliquant le catarrhe sec, l'irritation laryngienne semble parfois s'individualiser, se bornant à la périphérie. Il se fixe sur les muscles pharyngo-laryngiens, qu'il affecte d'une façon douloureuse, sous forme de crises. Ces considérations nous amènent à étudier deux types laryngiens naturels : le type lymphatique et le type arthritique. Tous les deux légitimés par suite du mode curateur de la médication thermale..... « Le type lymphatique est tributaire de la médication sulfureuse; le type arthritique au contraire lui oppose des résistances. En sorte que la symptomatologie n'est modifiée que lentement, partiellement. A quoi tient cette différence? à ce que les actes pathologiques, qui constituent la laryngite arthritique, se présentant sous le mode actif, ont plus de fixité que les actes morbides qui se manifestent chez le lymphatique. Cela nous donne à comprendre pourquoi les phénomènes de la médication sulfureuse, dans l'arthritisme, ont un caractère d'irritation, de sécheresse, qui, pour disparaître, exige l'intervention des émollients; dans le lymphatisme, au contraire, l'eau sulfureuse entraîne par elle-même et rapidement la disparition des phénomènes morbides. »

Dans d'autres espèces de laryngites, celles des tuberculeux et des alcooliques, la lésion matérielle fixe accuse des quantités négatives des tissus. Ceux-ci sont peu influencés par l'action thérapeutique des eaux.

Au traitement général des eaux sulfureuses, il faut joindre quelquefois un mode d'application particulier, la pulvérisation des eaux se trouve représentée à Cauterets dans une méthode à part, laquelle est produite par une pression naturelle de l'eau thermale.

M. Moura. — Je ne veux rappeler, du mémoire que vient

de lire notre honorable confrère M. Lagrange, que deux faits signalés par lui, savoir : le hemmage et les sécrétions, forme de gelée transparente, comme signe d'affections laryngées.

Le *hem* laryngien se rencontre chez beaucoup de personnes qui n'ont aucune affection du larynx ni de la gorge, chez ces personnes le *hem* est provoqué par des sécrétions particulières venant de la trachée et même des grosses divisions bronchiques. Ces sécrétions ont un aspect de gelée blanche, transparentes et sous forme de grumeaux qui ont un petit volume ne dépassant guère celui d'un gros pois. Ce produit n'a jamais le caractère filant comme les sécrétions ordinaires pathologiques ou normales du larynx, de la gorge ou de la bouche.

Le laryngoscope fait constater dans ces cas la présence de ces petites sécrétions gélatineuses et empesées au-dessous de la glotte, et souvent entre les deux lèvres de la glotte; ces grumeaux de gelée tremblante et transparente parviennent à la glotte et sont expulsés par des *hems* répétés; ils sont très souvent lancés à travers le pharynx et même à travers la bouche au dehors. et ils sont projetés sur les objets où ils restent adhérents comme des grumeaux gélatiniformes.

M. Sénac. — Le besoin de hemmer, ai-je dit, ne se rapporte pas au larynx seulement, mais a des sièges divers, tels que le pharynx et la région laryngo-trachéale.

Quant à la sécrétion visqueuse, je ne la rapporte au larynx qu'autant qu'elle coexiste avec des phénomènes laryngiens : enrouement, fatigue de la région observée.

M. Moure. — Je désirerais demander à notre confrère ce qu'il veut désigner par hémoptysie laryngienne, si c'est une véritable hémorragie venant de l'organe vocal, et alors le point qui fournit le saug?

M. Sénac-Lagrange. — Dans le cas dont il s'agit, le diagnostic d'hémorragie laryngée a été porté par des professeurs de Paris qui, ayant ausculté les poumons, en ont déclaré l'intégrité.

M. Coupard. — A propos des hémorragies laryngiennes,

j'ai observé, à l'angle rentrant du cartilage thyroïde, sous les cordes vocales inférieures, un petit angiome qui, le lendemain, s'est ouvert et a donné lieu à un petite hémorragie, qui, au dire du malade, se produisait tous les mois.

Les eaux de Cauterets et les cautérisations laryngiennes au chlorure de zinc au 50e amenèrent une amélioration et, plus tard, la guérison.

M. Moure affirme de nouveau l'opinion qu'il a déjà émise au sujet de la rareté des hémoptysies laryngées dont le diagnostic, dans le cas de M. Sénac, a été *fait par exclusion*.

Puis, passant à un autre point de la communication de M. Sénac-Lagrange, il s'étonne de ne pas voir mentionnées les altérations qui, dans les cas d'aphonie dont il s'agit, existaient certainement du côté du larynx, car toujours, dans les cas d'aphonie, le laryngoscope doit révéler des altérations de la muqueuse ou de la mobilité des muscles du larynx, expliquant ce trouble de la voix.

M. Sénac. — Le laryngoscope donne une idée de l'état anatomique du larynx, mais non pas de l'état fonctionnel.

M. Gouguenheim n'admet pas comme démontrée cette proposition de M. Moure, et il rappelle que souvent il a eu à examiner des malades complètement aphones, chez lesquels le laryngoscope ne dénotait la présence d'aucune altération du larynx.

Il es vrai que, dans ces cas, au moment où l'on fait faire l'intonation pour examiner l'organe, il se produit un peu de son, mais il ne dure pas, et dans les conditions normales de la vie, dans la conversation ordinaire, le malade est complètement aphone.

M. Moura-Bourouillou fait observer que dans ces cas il y a anémie générale ou troubles de l'innervation des muscles expirateurs.

M. Gouguenheim. — Je reconnais, avec M. Moura, que l'anémie peut être la cause de l'aphonie; mais ce que j'ai

surtout voulu faire ressortir, c'est que, contrairement à l'opinion émise par M. Moure, il existe certains cas d'aphonie dans lesquels l'examen laryngoscopique, fait avec le plus grand soin, ne dévoile aucune anomalie, aucune lésion dans le larynx.

M. Moure. — Je sais bien que la présence du miroir laryngien dans la gorge détermine, chez quelques malades aphones, la production d'un son, comme l'a dit M. Gouguenheim; mais je crois que chaque fois que les cordes vocales inférieures arrivent parfaitement au contact il y a production d'un son; dans le cas contraire, il y a altération plus ou moins notable de la voix, parfois même aphonie, et le laryngoscope dévoile alors l'existence de l'altération laryngée. — D'ailleurs, s'il n'en était pas ainsi, l'examen du larynx perdrait beaucoup de son importance et le laryngoscope beaucoup de sa valeur.

M. Sénac-Lagrange affirme avoir vu des aphones sans lésions laryngées.

M. Gouguenheim, répondant à M. Moure, fait observer qu'il y a toute une classe de malades chez lesquels les cordes arrivent parfaitement au contact, sont parfaitement tendues, et qui cependant ne peuvent émettre aucun son. — Ce sont des hystériques. Chez elles le laryngoscope ne dénote aucune altération du larynx, et cependant elles sont complètement aphones. Dans ces cas il y a probablement un excès de tension des cordes, et c'est par suite de cet excès de tension, de cette sorte de contracture, que les cordes n'entrent point en vibration; mais il est bien certain que dans ces cas le laryngoscope ne décèle aucune altération du larynx pouvant expliquer l'aphonie. — C'est là un fait hors de doute.

M. Moure. — Je ne saurais admettre une pareille hypothèse ni comprendre que lorsque les cordes vocales sont parfaitement en contact un malade soit aphone. S'il y avait excès de tension des rubans vocaux, comme le dit M. Gouguenheim, d'abord le laryngoscope permettrait de recon-

naître l'existence de cette lésion et ensuite ce serait un phénomène tout à fait momentané.

D'un autre côté, si un malade était aphone alors que ses cordes seraient en contact et normalement tendues, toutes les expériences de la physiologie laryngienne seraient à refaire. Je sais bien qu'il existe des paralysies de certains muscles (thyro-aryténoïdiens, crico-thyroïdiens) difficiles à reconnaître, mais, je le répète, je ne puis comprendre qu'un malade ait une altération du larynx assez grave pour déterminer l'aphonie sans que le laryngoscope révèle la présence et même la nature de cette altération. (*A suivre.*)

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Malades traités dans la section des maladies de la gorge au Saint-Thoma's hospital, en 1882, par le Dr Felix Semon.

Le Dr Semon a traité, en 1882, à l'hôpital de Saint-Thomas de Londres, 445 malades ; 285 étaient atteints de maladies du pharynx, 157 d'affections du larynx ou de la trachée. Il accompagne son rapport de remarques, sur les particularités intéressantes présentées par les malades qu'il a eu à soigner. L'espace dont nous disposons ne nous permet pas de nous étendre louguement à ce sujet, nous nous bornerons à signaler les cas qui nous ont paru les plus intéressants.

Herpès du pharynx. — Il a observé quatre cas de cette rare affection : deux hommes et deux femmes ; chez aucun d'entre eux, en dehors du froid, il n'a pu trouver de cause pouvant expliquer l'éruption herpétique. Les vésicules étaient remplies d'un liquide d'abord transparent et incolore, plus tard blanchâtre, et étaient entourées d'une auréole rouge et gonflée de la muqueuse, ne laissant aucun doute pour le diagnostic. Les vésicules laissaient après elles de petites ulcérations, Dans les quatre cas, c'est le voile du palais et la voûte palatine qui furent plus particulièrement atteints.

Un cas d'amygdalite gangréneuse (?) — Le malade exhalait une odeur des plus fétides, et caractérisque de la gangrène.

Un morceau du l'amygdale sphacélée, put être enlevé avec la pince, et l'escharre fut cautérisée au crayon de nitrate d'argent. On administre au malade du fer et du quinquina à l'intérieur ; gargarismes antiseptiques. Le malade guérit.

On pourrait penser qu'il s'agissait là d'un cas de diphtèrie à la dernière période, et non d'un cas de gangrène. Cependant deux faits semblent militer en faveur de la nature gangréneuse de l'affection : 1° Il n'existait aucun engorgement ganglionnaire. 2° Le malade avait, dès que l'odeur fétide s'était exhalée de sa bouche, examiné soigneusement sa gorge tous les jours, et l'haleine fétide existait alors qu'on *ne pouvait encore apercevoir aucune trace de lésion*, et la plaque gangrénée n'était devenue apparente qu'un jour avant son entrée à l'hôpital.

Anhylose des articulations crico-aryténoïdiennes. — L'auteur en a observé quatre cas. Trois étaient dus à des accidents tertiaires de syphilis.

Syphilis tertiaire localisée à la trachée. — Semon en a observé deux cas, tous les deux chez des femmes; tous les deux ont été guéris par le traitement spécifique.

Parmi les malades intéressants qui ont été observés par l'auteur, nous devons mentionner : un cas de sarcome de l'amygdale gauche, ayant envahi le larynx et nécessité la trachéotomie. Un cas de fibrome et un cas de papillome du larynx. Un cas d'érysipèle du larynx terminé par la mort du malade, etc., etc. (*Saint-Thomas's Hospital Report.*, vol. XII.)

J. Ch.

La toux, ses causes et son traitement, mis à la portée de tous. (*Tos — Sus causas y tratamiento al alcance de todos*), par le Dr A. Bassols Prim, médecin spécialiste.

Ecrit pour tout le monde, ainsi que le dit l'auteur dans une explication précédant l'introduction, ce petit traité sur la toux, a pour but de montrer qu'il existe des toux de plusieurs espèces de formes et de caractères variés, et d'indiquer les remèdes les plus simples à appliquer à chacune. Après avoir dit ce qu'est la toux, de quoi elle dépend, com-

ment elle provient de la gorge, du larynx, des poumons, du cœur, etc.; après avoir décrit rapidement le mode de fonctionnement de ces divers organes, le Dr Bassols Prim s'occupe de la toux provenant d'un des organes contenus dans la cavité thoracique. Il passe successivement en revue la toux de la bronchite aiguë, de la bronchite chronique avec ses complications, de la peumonie et de la pleurésie, de la phtisie pulmonaire et enfin de quelques cas difficiles. Pour chacune de ces espèces, il fait connaître les remèdes qui lui paraissent le plus convenables, et qui sont employés par les médecins spécialistes. Je signalerai entre autres ce moyen prophylactique plutôt que curatif, qui consiste à ne respirer selon les règles d'une saine physiologie, que par le nez et non la bouche ouverte. Puis vient la toux dont la cause réside dans le larynx : toux de la laryngite aiguë, chronique, glanduleuse, etc. : chacune d'elles a son traitement spécial. La toux du croup est examinée à son tour avec ses nombreux traitements,et les indications de la trachéotomie; la toux du faux croup lui fait suite, puis la toux plus grave de la phtisie laryngée. La toux gutturale offre à étudier la toux des angines catarrhales, herpétiques, rhumatismales, avec les moyens variés qui leur sont opposés, et aussi la toux provoquée par l'extension trop grande de la luette. En dernier lieu, l'auteur s'occupe de la toux due à des causes générales et éloignées, de la toux gastrique ou des dyspepsies, de la toux vermineuse, de celle due à une irritation spinale, de la toux des fièvres éruptives et particulièrement de la rougeole, de la toux nerveuse et enfin de la toux ferme ou de la coqueluche, contre laquelle rien ne vaut, d'après lui, les bains d'air comprimé. Quelques indications données pour éviter les causes de la toux à tout âge, et qui se résument en partie dans ces mots : « Veiller à la propreté et au bon fonctionnement de la peau », terminent ce travail intéressant à lire et utile à consulter. (Barcelone 1885) Dr Duhourcau.

Gommes syphilitiques du larynx, par le Dr Latoupsis.

L'auteur étudie les gommes du larynx, leur anatomie pathologique; ne diffère pas de celles des autres organes;

symptômes : les uns fonctionnels, troubles de la voix, gène respiratoire, etc.; les autres physiques, dont les plus importants sont fournis par l'examen laryngoscopique. M. Latouphis, passant au diagnostic, indique les signes qui permettent de différencier les gommes des ulcérations syphilitiques secondaires, des ulcérations scrofuleuses, du cancer, des ulcérations de la phtisie laryngée, de celles de la lèpre et de la morve. Après avoir dit quelques mots de la marche, de la terminaison et des complications, l'auteur passe au traitement, qui est celui de la syphilis, et termine en rapportant une dizaine d'observations qui lui sont pour la plupart personnelles. En somme, assez bon travail, mais un peu écourté, surtout pour la partie historique et bibliographique. (Thèse de Paris, 1884.) J. Ch.

Papillomes du larynx opérés après anesthésie par le chlorhydrate de cocaïne par M. le Dr Ayssaguier.

M. le Dr Ayssaguier a opéré avec succès deux malades atteints de papillomes du larynx, après anesthésie par la cocaïne; il s'est servi pour obtenir l'anesthésie d'une solution au cinquième. (*Bulletin général de thérapeutique.*) J. Ch.

Un cas de papillome caverneux de la corde vocale (*A case of cavernous papilloma of the vocal band*), par Franklin H. Hooper.

Le fait suivant paraît digne d'être rapporté : 1° en raison des caractères histologiques de la tumeur qui différaient de ce qu'ils sont d'ordinaire dans les tumeurs de ce genre ; 2° bien que son apparence extérieure pût justifier le diagnostic de kyste sanguin qui avait été porté, les caractères cliniques présentaient une notable différence avec ceux des kystes laryngiens et des angiomes, bien connus depuis les travaux de Moure, Cervesats, Tobold, Fauvel, Elsberg et autres ; 3° en raison de l'heureuse terminaison de l'affection.

Il s'agit d'un homme de trente-deux ans, qui fut pris, en 1882, d'un rhume violent, accompagné d'enrouement. Les symptômes du rhume ont disparu mais l'enrouement a persisté. En dehors de l'enrouement, il n'existe aucun autre

symptôme si ce n'est d'une prédisposition particulière à tousser ; il lui semble que par un effort extraordinaire il pourrait enlever la source du mal. L'examen révèle la présence d'une petite tumeur nodulaire, insérée sur le tiers antérieur de la corde vocale gauche et faisant saillie sur son bord libre ; ses parois étaient lisses, jaune pâle, et en pratiquant l'examen laryngoscopique à l'aide de la lumière solaire, on pouvait voir distinctement par transparence la coloration rouge du sang. L'auteur porta le diagnostic de kyste, bien que l'aspect de la tumeur, bien différent de ce que sont les angiomes, le rendît hésitant. La tumeur fut enlevée à l'aide des pinces de Fauvel, et la voix du malade redevint claire. Le Dr W. Gannett pratiqua l'examen histologique ; il ne se rappelle pas avoir vu jusqu'à ce jour de tumeur de ce genre, mais le terme de *papillome* caverneux lui paraît être justifié.

Le seul cas présentant avec le précédent quelques analogies a été décrit par Fauvel sous le nom de polype papillaire, avec dilatations vasculaires très prononcées lui donnant l'aspect d'un angiome. Fauvel rapporte ce cas dans son Traité des maladies du larynx.

J. Ch.

Emploi de l'acide chromique dans les papillomes du larynx, par le docteur Jarvis.

Selon l'auteur, l'acide chromique détruit sûrement les papillomes du larynx. Son emploi n'offre aucun danger et son action se limite exactement à la région où il est appliqué.

Le docteur Jarvis l'introduisit, contenu dans un tube, muni d'une gâchette à ressort, et empêchant l'acide d'agir sur les tissus environnants. Il arrive ainsi, selon sa propre expression, à surprendre le larynx. (*Boston Medical and Surgical Journal*, octobre 1884.)

Revue des résultats obtenus dans les extirpations du larynx, par le docteur D. G. Zesas (Glaris).

L'auteur donne une table complète des opérations de Watson, Billroth, Heine, Langenbeck, Reyher, Foulis, Czerny Macewen, Thiersch, Bergmann, Leisrink, etc.; il en tire les conclusions suivantes :

1° L'extirpation pour tumeurs bénignes est presque invariablement suivie de succès;

2° Sur cinq cas de sarcome, il note deux guérisons définitives et trois morts, après une moyenne de douze mois, à la suite de récidive;

3° Sur soixante opérations pour carcinome, il ne trouve que vingt-cinq pour cent de guérisons; mais l'intervention chirurgicale a été presque toujours tardive.

Zezas croit aux succès de l'extirpation du larynx atteint de carcinome, lorsqu'elle est pratiquée pendant que la lésion est encore locale. (*Archiv für Klinische Chirurgie. — Band XXX. Heft III.*) Dr L. L.

Spasme des muscles respiratoires (*Spasm of respiratory muscles*), par le Dr Beverley Robinson.

Il s'agit d'un homme de 24 ans qui, sous l'influence de la moindre émotion, présentait des contractions spasmodiques des muscles inspirateurs. Le docteur Robinson considère ce cas comme étant des plus intéressants: c'est le seul qu'il ait jamais observé; il ignore à quelle cause on peut le rapporter. Toujours est-il que le malade a vu ses accès disparaître probablement sous l'influence de l'iodure de potassium administré à petites doses. (*The New-York Med. Journ.*, 29 nov. 1884.) J. Ch.

Un cas d'anévrisme intra-thoracique, accompagné de considérations spéciales sur les phénomènes laryngiens (*A case of intra-thoracic aneurism, with special comments on the laryngeal phenomena*), par J. C. Mulhall.

L'auteur rapporte un cas d'anévrisme intra-thoracique. Nous ne nous occuperons que des symptômes laryngés que présentait le malade. La voix était parfois normale, d'autres fois rauque, dure, ou présentant un timbre métallique; ce dernier état était surtout marqué dans les quintes de toux qui s'accompagnaient du rejet de mucosités visqueuses. Dyspnée continue à l'expiration, s'aggravant dans le décubitus; il a eu du cornage et des accès de suffocation.

Le larynx, fréquemment examiné, présentait des signes remarquables d'incoordination musculaire. Les cordes ne se

séparent pas, tantôt par une inspiration profonde, tantôt pendant la respiration tranquille, au lieu de se maintenir dans l'attitude qu'elles présentent pendant la respiration, elles étaient animées de mouvements irréguliers : tantôt se plaçant subitement dans l'abduction, se refusant à la phonation, tantôt immobiles, tantôt animées de tremblements. Ces divers mouvements étaient d'ailleurs symétriques. Il existait sur la corde vocale gauche un papillôme dont la petitesse et la situation ne pouvaient en aucune façon influer sur les symptômes précédents.

Le malade mourut d'une pleuro-pneumonie. A l'autopsie on constate de nombreuses adérences du poumon droit qui présente tous les signes de bronchite purulente. Le poumon gauche est normal, le cœur est hypertrophié, sa structure normale, mais il existe une insuffisance mitrale. Les valvules aortiques, elles aussi, sont insuffisantes. L'aorte présente les signes d'endartérite chronique, elle est très dilatée. Un anévrisme sacciforme presse directement sur la trachée à laquelle il adhère.

La dyspnée dans ce cas paraît devoir être rapportée à l'insuffisance valvulaire, à la sténose de la trachée, à la dégénérescence du poumon par compression du nerf vague et la paralysie laryngée à la compression du récurrent. L'auteur s'étend ensuite sur les causes des altérations de la voix présentées par le malade et cherche à en donner l'explication. (*The Weekly Med. Review*, avril 19, 1884.) J. Ch.

Un cas d'extirpation du larynx, par le Dr K. M. Lead, professeur de chirurgie à Calcutta.

Le malade est un Bengalien âgé de 40 ans et souffrant depuis longtemps d'une tumeur ayant envahi le pharynx et le larynx. Lors de son admission à l'hôpital, il présentait une aphonie complète, éprouvait une gêne respiratoire considérable et était sujet à de violents accès de toux spasmodique que suivait l'expectoration de mucosités sanguinolentes mêlées à de petites quantités de pus. Il pouvait ouvrir grandement la bouche et l'on voyait alors la tumeur située à droite de l'ouverture de la gorge immédiatement au-dessous de l'amygdale, elle avait le

volume d'une noix, le côté droit du larynx jusqu'au cricoïde était envahi par la tumeur, le côté gauche était sain.

Etat général bon, pas d'albumine dans les urines. On porte le diagnostic d'épithélioma du larynx et l'intervention est décidée. On le met toutefois en observation pendant six jours pendant lesquels on n'observe aucun symptôme pouvant contre-indiquer l'opération. L'opération est faite le 19 septembre, le malade mourut le 24, d'une hémorrhagie secondaire. (*The Lancet*, 26 avril 1884.) J. Ch.

Le cœur dans la néphrite chronique ; ulcération du larynx (*The heart in chronic Bright's disease, ulceration of the larynx*), par le Dr Willam.

Les pièces pathologiques furent présentées à la *Med. Society of Victoria*, dans la séance du premier octobre. Le cœur était très hypertrophié, peu dilaté, les reins granuleux assez durs, quelques kystes à la surface. Les amygdales gonflées, la luette et les replis ary-épiglottiques œdématiés. Autour du bord antérieur de la base de l'épiglotte, on trouvait une petite ulcération entourée de tubercules gris, bien distincts. A la partie postérieure du repli extra-aryténoïdien on trouve un autre groupe de tubercules gris, durs, et bien marqués. La muqueuse recouvrant la face dorsale de l'épiglotte est gonflée, et semée de petites excroissances. Cordes vocales intactes. Pas de tubercules dans les poumons, qui étaient par place un peu œdématiés. La muqueuse des reins était très pigmentée. Dans l'intestin grêle, il n'existait ni cicatrices, ni ulcération ; à l'entrée du côlon ascendant, existait une cicatrice pigmentée.

La préparation provenait d'un malade de 21 ans qui avait eu des accès de fièvre un mois avant son entrée à l'hôpital. A son entrée, la suppuration est normale, pouls à 90°, mou et dicrote. La langue assez sèche ; diarrhée accompagnée de déjections noires, épistaxis grave, abdomen très sensible, insomnie, urine pâle, claire, albumineuse ; poids spécifique 1014. Plus tard, l'urine est sécrétée en très petite quantité, le pouls très faible, très dépressible ; la respira-

tion rapide, pas de toux, quelques râles dans le poumon. Le malade se plaignait de vives douleurs à la déglutition dans la partie supérieure du cou et rejetait sans toux une grande quantité de liquide sanguinolent. La faiblesse du malade s'accrut tous les jours, bien que la diarrhée eût été arrêtée. On ne fit pas l'examen microscopique des tubercules gris et des ulcérations du larynx, ce qui est regrettable. S'agirait-il ici d'une tuberculose laryngée primitive? (*Australian Med. Journ.*, oct. 1884, et *Intern. Centralbl. f. Laryng.*, n° 7, janv. 1885.) D[r] L. L.

La trachéotomie dans le croup est-elle dangereuse? Quelles en sont les indications? (*Is the operation of tracheotomy in diphtheritic croup dangerous? When should the operation be performed?*), par le Dr J. E. Winters.

L'auteur, dans cet article, étudie les dangers et les indications de la trachéotomie dans le croup; il donne les opinions des différents auteurs tant anciens que modernes; et de ses études autant que de son expérience personnelles, il peut donner les conclusions suivantes : la trachéotomie en elle-même, lorsqu'elle est faite avec soin, est peu dangereuse pour le patient; les accidents qui surviennent au cours de l'opération résultent en général du manque de soin. Elle prévient l'asphyxie et permet au médecin d'administrer les remèdes qui peuvent guérir le malade. Elle est pour le malade la suprême ressource et la dernière espérance. La persistance de la maladie originelle, l'intervention trop tardive, la négligence après l'opération, sont souvent les causes de l'insuccès.

On doit opérer de bonne heure, lentement, sûrement et sans trouble. Il n'est jamais trop tard pour opérer, et même lorsque l'enfant ne respire plus, si la vie n'est pas absolument éteinte, l'opération et la respiration artificielle ont quelquefois ramené des malades à la vie. Si l'asphyxie est le principal symptôme, ni l'âge, ni la constitution, ni les complications ne peuvent être des contre-indications de la trachéotomie.

Elle abrège les souffrances, calme les autres symptômes, empêche les autres complications. Elle n'apporte jamais à la

maladie première un nouvel élément de danger. Les statistiques démontrent que dans les neuf dixièmes des cas les malades sans elle seraient morts suffoqués. Faite de bonne heure elle sauve deux fois sur cinq le malade. Aucun des malades qui meurent après l'opération n'aurait vécu si cette dernière n'avait pas été faite. Même lorsqu'elle ne parvient pas à sauver le malade, elle apporte un grand soulagement et rend la mort beaucoup moins douloureuse, et c'est d'après l'auteur une raison suffisante pour la justifier.

Severimes avait été bien inspiré lorsqu'il écrivait : La trachéotomie est une invention divine (*The Med. Record*, 13 déc. 1884.) J. CH.

Fracture de la base du crâne avec lésion des nerfs vagues accessoires (*Fracture of base of Skull with complications of vago-accessory nerves*), par JEFFERSON BETTMAN.

Le malade, âgé de quarante-cinq ans, se plaint à l'auteur d'enrouement et de surdité consécutifs à une chute sur la tête. L'oreille gauche, à la suite de la chute, fut pendant quelques jours le siège d'un suintement séro-sanguinolent, vertiges, déglutition impossible. Fièvre, céphalalgie très considérable, coma. Il se lève au bout de deux semaines, mais présente tous les symptômes du vertige du Menière.

Etat actuel : Vertiges, douleurs fixes à la tête augmentées par le mouvement d'inclination, sifflements à gauche, ouïe nulle. Trouble de la déglutition.

Examen physique : Le conduit est rempli de croûtes de sang desséché, paroi tuméfiée douloureuse, manche du marteau déjeté en dedans et en haut. Audition et perception crâniennes nulles à gauche. L'oreille droite est à peu près saine. Corde vocale gauche immobile.

On prescrit : solution à l'iodure de potassium et le repos absolu. Neuf mois après, l'auteur revoit le malade. Les vertiges ont diminué notablement.

L'auteur conclut à une compression du nerf vague occasionnée par la désarticulation des trois portions du temporal fracturé. Au point de vue physiologique, ce cas est inté-

ressant en ce qu'il confirme les résultats obtenus par les vivisections, à savoir que lorsque l'un des nerfs vagues est altéré, celui du côté opposé finit, au bout d'un certain temps, par le suppléer dans ses fonctions (Publié en anglais. *Ann. des mal. de l'or.*, déc. 1884). J. Ch.

Le croup diphtéritique (*Diphtheritic croup*), par le Dr Lewis Smith.

A la session annuelle de l'Association médicale de l'État, de New-York, séance du 20 novembre 1884, le docteur Lewis Smith, du comté de New-York, lit une note sur le croup diphthéritique.

Il fait observer que le croup est le plus souvent, mais non toujours, une manifestation locale de la diphtérie. Une violente inflammation du larynx peut donner lieu dans cet organe à la production de fausses membranes. Le croup n'est pas toujours produit par la propagation au larynx, d'une inflammation spécifique du pharynx et la gorge. Il peut se manifester primitivement dans ce dernier organe.

Le docteur Rochester, du comté d'Éris, a traité un cas de croup avec succès par des insufflations d'une mixture d'iodoforme et de bismuth.

Le docteur Reesse de King's County, depuis qu'il fait usage d'inhalation de kérosène, n'a jamais eu de cas de croup.

Le docteur Moore, du comté de Monroe, fait un usage fréquent d'insufflation de bi-carbonate de soude, il a obtenu de forts bons résultats (*The Med. Record*, 22 nov. 1884). J. C.

Traitement spécifique de la diphtérie et du croup (*Specific treatment of diphteria and croup*), par le Dr Geo A. Lym.

La diphtérie, d'après l'auteur, comprend deux périodes. Dans la première, qui dure de trois à cinq jours, la fausse membrane se développe et le poison prend naissance. Dans la seconde, se manifestent les effets du poison absorbé par la fausse membrane. Il est donc important d'instituer un traitement aussi tôt que possible dans la première période.

Chez l'enfant de trois ans, le traitement consiste à faire

prendre toutes les trois heures 3 à 5 milligrammes de sublimé par cuillerée à café, mélangé à une potion au bismuth et à la pepsine. Chez l'adulte, on peut augmenter la dose et aller jusqu'à 0,0075 dix-milligrammes. Le remède est très bien supporté et amène la convalescence dès le troisième jour, sauf dans les cas extraordinaires. Il est bien rare qu'on soit obligé de continuer cette médication pendant plus de 5 jours. Ce traitement mérite toute confiance si on le fait à temps. Si l'on est appelé tard, on doit donner aussi de l'alcool et du fer. Dans le croup, on ajoute à ce traitement le chlorure d'or à la dose de 1 à 3 milligrammes. Il a l'avantage de faire disparaître les spasmes laryngés. (*Journ. of the american med. assoc.*, vol. III, n° 4, 1884, et *Intern. Centralbl. f. Laryng.*, etc., n° 7, janvier 1885.) Dr L. L.

Angine diphtéritique avec croup, guérie par les vapeurs antiseptiques sans trachéotomie, par M. le Dr Bouchard (de Saumur).

L'auteur rapporte une observation d'angine diphtéritique avec sifflement laryngo-trachéal, toux rauque, voix éteinte (13 septembre 1883), le 14, dépression épigastrique considérable, tirage, toux rauque, presque éteinte. Il ordonne des fumigations antiseptiques au vinaigre de Pennès et à l'acide phénique; le 15, la malade était mieux. Le mieux augmente progressivement; le 23, elle était complètement remise. (*Gaz des Hop.*, 15 janv. 1885.). J. Ch.

Angine couenneuse guérie par les fumigations de goudron et d'essence de térébenthine, par le Dr H. Vigouroux.

L'auteur prescrivit des fumigations avec 60 gr. de *goudron de houille* et 120 gr. d'essence de térébenthine en même temps qu'un collutoire avec : essence de térébenthine et glycérine aa 15 gr. Le lendemain les fausses membranes de l'amygdale se décollaient, il peut en enlever la largeur d'une pièce de un franc, mais le pharynx en était encore recouvert. Il continue le traitement, fait faire jusqu'à quatre fumigations par jour. Quelques jours après, la malade étaient guérie. L'auteur en terminant, fait observer que la quantité de goudron et

d'essence de térébenthine doit varier avec la grandeur de la chambre où se trouve le malade. (*Gaz des Hop.*, 20 janv 1885)

J· Ch.

Fumigations au goudron de gaz dans la diphthérie et le croup (*Fumigations of Gas-Coal-Tar in diphteria and croup*), par le Dr Geo. W. Major.

L'auteur, à l'exemple du Dr Dellhil (de Nogent-sur-Marne), a essayé les fumigations de goudron de gaz dans le traitement de la diphtérie et du croup. Dans 6 cas de croup chez des enfants de sept à neuf ans, il a employé avec un plein succès ce médicament.

Le nombre de ses observations, dit-il, est trop limité pour qu'il puisse affirmer que ce médicament doit être considéré comme le *spécifique* de l'affection, toutefois il a toujours vu, à la suite de ce traitement, la production des fausses-membranes cesser, la congestion des parties voisines diminuer considérablement et la fumée produite a toujours pu être absorbée sans faire tousser le malade, ni produire aucun autre inconvénient.

Le goudron que l'on fait brûler dans la chambre du malade doit être frais; il en faisait brûler chaque fois 200 à 250 grammes environ. Les portes de l'appartement étaient hermétiquement fermées. Dellhil, dans ses expériences, employait unmélange composé de 200 gr. de goudron de gaz et de 60 gr. de turpentine (*Canada Med. and Surg. Journ.*, novembre 1884).

De la succion par la plaie trachéale dans la diphtérie (*Sucking Tracheotomy Wounds in cases of diptheria*), par le Dr R. W. Parker.

L'auteur considère la succion commme un bon moyen d'enlever des fausses membranes de la trachée dans la diphtérie, dans les cas où elles adhèrent fortement à la trachée. Il recommande un instrument à l'aide duquel on peut pratiquer la succion sans appliquer directement la bouche sur la canule ou sur la plaie. L'instrument se compose de deux tubes élastiques de différente longueur; ils sont attachés

chacun à l'une des extrémités d'un cylindre en verre; le tube le plus long est introduit dans la trachée, le plus court sert à pratiquer la succion; dans le cylindre en verre, on met du coton antiseptique qui sert à protéger l'opérateur contre les dangers de l'infection. Avant de pratiquer la succion, l'auteur recommande de détacher avec une plume les fausses membranes adhérentes à la trachée. (*The British Med. Journal*, 1er nov. 1884.) J. Ch.

Un cas de thyroïdite caséuse affectant la forme de goître suffocant, par le Dr Barth, médecin des hôpitaux.

Il s'agit d'une jeune fille, âgée de vingt-deux ans, blanchisseuse, qui entre à Lariboisière, pour un gonflement du cou avec enrouement et compression. Son père était syphilitique, sa mère est morte d'une maladie de poitrine, sa sœur très lymphatique souffre souvent d'abcès et de glandes au cou. Elle-même présente des antécédents qu'on peut attribuer à la scrofule, mais elle est bien développée et a été réglée à l'âge habituel. Mariée, elle a eu trois enfants, le second est mort de convulsions deux jours après sa naissance. Au lavoir, ayant reçu des coups, elle a été atteinte d'abcès aux deux jambes avec gonflement et suppuration prolongée des os. C'est sur ces entrefaites que survient sur les côtés du cou un gonflement dont elle ne se préoccupe que lorsqu'arrivent la gêne respiratoire et un enrouement marqué de la voix. Elle entra alors à Lariboisière, mais n'y resta que quelques jours. Mais depuis la gêne respiratoire a augmenté, une nouvelle tumeur s'est développée, celle-là sur la ligne médiane au-dessus de sa fourchette sternale. Elle entre à l'hôpital le 20 décembre 1883. Le facies est coloré, légèrement cyanotique, dyspnée et cornage intermittent surtout inspiratoire, d'une bruyance parfois excessive.

Au-dessus de la fourchette sternale, saillie médiane symétrique, qui se prolonge en bas sous le bord du sternum, latéralement vers la région sterno-mastoïdienne. Cette tumeur occupe donc toute la région thyroïdienne et paraît étreindre fortement le canal aérien, dont il est impossible par le palper de reconnaître la situation.

Emphysème pulmonaire, les autres organes sont sains, l'état général est bon, mais la dyspnée considérable. On discute l'éventualité de la trachéotomie; le siège de la tumeur et sa prolongation en bas, rendent cette opération impossible.

Traitement : syphilitique, iodure de potassium à hautes doses, frictions mercurielles sur la tumeur.

Trois jours après, le malade mourait presque subitement par syncope.

Autopsie. — Tumeur formée par le corps thyroïde dégénéré. Tumeur dure, criant sous le scalpel, présente en bas un prolongement qui atteint le bord supérieur de la crosse aortique, en arrière elle repousse et aplatit la trachée. Des masses ganglionnaires dégénérées partent de la tumeur et vont jusqu'à l'angle du maxillaire inférieur. L'examen histologique pratiqué par M. Gombault donne les résultats suivants : thyroïdite fibro-caséuse offrant les caractères des gommes infiltrées. (*France médicale*, 12 avril 1884.)

Contribution à la thérapeutique du goître, traitement par l'iodoforme, par le Dr Thiroux (Thèse de Paris 1884).

Après avoir fait en quelques mots l'anatomie pathologique du goître, l'auteur passe à l'étude du traitement et divise les divers modes thérapeutiques en 1° moyens hygiéniques, 2° moyens médicamenteux, 3° moyens chirurgicaux.

Les premiers, ne peuvent être considérés que comme des des adjuvants utiles de la médication interne. Parmi les moyens médicamenteux, un seul s'est montré efficace : l'iode. Les moyens chirurgicaux comprennent les opérations palliatives et les opérations destructives. Le mode de traitement sur lequel l'auteur insiste le plus et qui fait le sujet de sa thèse, est le traitement par l'iodoforme en injections interstitielles. Il cite plusieurs observations dans lesquelles le goître a été considérablement amélioré et même guéri par ce mode de traitement. Les injections interstitielles doivent être faites tous les trois jours.

Ce mode de traitement a été expérimenté à l'hôpital militaire de Bordeaux, mais les injections provoquaient de si

violentes douleurs, qu'on a dû renoncer à continuer ce traitement. Les douleurs sont probablement dues à l'action irritante de l'éther, seul dissolvant de l'iodoforme. J. Ch.

Étude sur la thyroïdeotonie, par le Dr Benoît Boyer (Thèse de Lyon 1884).

L'auteur croit pouvoir conclure de son étude : La thyroïdectonie ne doit être tentée que lorsque tous les autres modes de traitement ont échoué et lorsque des accès de suffocation, *tenant évidemment* à la présence du goître, mettent la vie du malade en danger.

Les goîtres kystiques ne sont justiciables de l'extirpation que si l'*incision large avec drainage* et pansement antiseptique ont échoué.

L'extirpation des goitres *malins* est des plus *dangereuses* et ne doit être tentée qu'après constatation préalable d'absence de cachexie et d'adhérences profondes.

Chez les jeunes sujets, on doit préférer l'extirpation partielle à l'extirpation totale, et même chez l'adulte on ne doit faire l'extirpation totale que dans les cas où il est impossible de laisser sans danger une minime portion du thyroïde. Dans le cas de tumeur maligne, par exemple. J. Ch.

Rétrécissement cancereux de l'œsophage, par M. Bouilly.

Le malade atteint du cancer de l'œsophage mourut rapidement dans le coma, bien que le rétrécissement ne fut pas complet, et permit l'introduction d'une olive assez volumineuse. A l'autopsie, on constate un large épithélioma ulcéré situé dans la partie de l'œsophage qui correspond à la bifurcation des bronches.

L'ulcération, de la largeur d'une pièce de cinq francs, communiquait avec une autre ulcération de même nature de la bronche droite. C'est dans ce cas-là que le cathéterisme œsophagien est dangereux. On ne doit jamais insister sur le cathéterisme dans les cas de ce genre.

Cette ulcération explique aussi comment les liquides étaient

régurgités par le malade, bien que l'œsophage ne fût pas complètement obstrué. Leur passage au niveau du point ulceré amenait une irritation bronchique qui déterminait la toux et le rejet du liquide ingurgité. (*Gaz des Hopit.*, 15 janv. 1885). J. Ch.

De l'étendue et de la disposition du tissu lymphatique dans la région pharyngienne (*Ueber die Aus deh mung und den Zusammenhang des lymphatischen gewebes in der Rachengegend*), par le Dr Gustave Bickel.

L'auteur a travaillé sous la direction de Waldeyer, il désigne comme qualités d'une amygdale une forme circonscrite, une infiltration diffuse des cellules lymphoïdes avec des follicules intercalés, des cryptes, c'est-à-dire des anfractuosités de la muqueuse, et un revêtement épithélial autour duquel est groupé le tissu lymphatique, le voisinage du tissu lymphatique tout près de l'épithélium, un nombre assez considérable de glandes muqueuses dont les conduits excréteurs s'abouchent dans les cryptes. L'auteur, toutefois, n'est pas certain que cette particularité soit absolument nécessaire pour constituer l'*entité* amygdale.

D'après cette définition, on ne peut considérer comme étant des amygdales véritables, que l'amygdale palatine et l'amygdale pharyngée. Par contre, l'amygdale tubaire et l'amygdale linguale ne représentent que des tissus étendus en surface et formant le passage à l'amas diffus des substances adénoïdes.

Quant à cette dernière, l'auteur lui considère trois degrés de développement : les corpuscules lymphoïdes déplacent presque complètement le tissu lamineux; les corpuscules lymphoïdes et le tissu lamineux sont à peu près en égale abondance; les fibres du tissu lamineux l'emportent sur le tissu lamineux. L'auteur résume la littérature médicale sur ce sujet avec une grande exactitude et donne le résultat de ses observations faites sur 25 cadavres des deux sexes et aux différents âges (depuis le fœtus de huit mois jusque chez l'adulte). Il en résulte que : « dans l'état fœtal et dans la première année de la vie, les amygdales pharyngiennes et palatines sont représentées par un renversement de la muqueuse en dedans. Peu

à peu, dans cette excavation, se développe une saillie qui arrive à faire issue hors de la lacune. Le bord mince et effilé de cette lacune touche l'amygdale et l'entoure. Plus tard ce bord disparaît, mais peut être parfois partiellement aperçu; en d'autres points, les replis de la muqueuse existant pendant la vie fœtale, s'atrophient pendant la première année de la vie et à leur place, on voit se développer le tissu lymphatique diffus, ou accumulé autour des cryptes planes (sur la langue), ou aggloméré en follicules.

Quant à l'étendue de la substance lymphatique, elle forme l'anneau pharyngien, décrit par Waldeyer : l'amygdale palatine et l'amygdale tubaire. Une partie de cet anneau plus développée forme, avec le tissu lymphatique du voile du palais, un anneau plus petit. Du premier anneau (le plus grand) la substance lymphatique s'étend dans l'intérieur du plancher de la bouche, des fosses nasales et quelquefois (cela dépend des individus) jusqu'aux extrémités antérieures des cornets moyens et inférieurs: elle traverse d'autre part l'épiglotte et s'étend jusqu'à la fausse glotte. (*Vichow's Arch.* 98 Bd., p. 340 et *Intern. centralb. f. Laryng.*, etc. nº 7, janv. 1885).

Dr L. L.

Cas de lèpre où la langue a été envahie par Campana.

Jeune homme, quinze ans, parents lépreux, présentait à la face et aux jambes des tubercules et des macules de lèpre qui se manifesta aussi à la langue. Elle s'y caractérisa par un groupe de petites tumeurs papilliformes formant dans leur ensemble une plaque ovalaire de la grandeur d'un sou, légèrement surélevée, à surfaces rugueuses; les petites tumeurs variaient, comme grosseur, du volume d'une lentille à celui d'un grain de chènevis; les unes étaient coniques, les autres arrondies, leur coloration était rousse, elles étaient indolentes. On en enleva une et on y découvrit, par l'examen histologique, de nombreux bacilles caractéristiques de la lèpre (*Giornale italiano delle malat. vener. e della pella*, fasc. 5, an. VIII).

De la syphilis des amygdales, par le Dr Pivaudran.

Dans le premier chapitre, l'auteur parle du chancre infectant

(sclérose primitive) des amygdales, des différentes manières dont il est contracté, de la difficulté du diagnostic. Il traite dans le second chapitre des plaques muqueuses des amygdales, et dans le troisième des formes tertiaires qui peuvent s'y développer.

Comme appendice au premier chapitre, l'auteur donne une compilation de la littérature médicale au sujet des chancres primitifs de l'amygdale. Comme appendice de la forme tertiaire, il mentionne une observation de la clinique du Dr Baratoux. (Thèse de Paris, 1884.) Dr L. L.

Cas de rhumatisme articulaire avec hyperpyrexie survenu à la suite d'une amygdalite (*Case of rheumatic fever with hyperpyrexia, following acute tonsillitis*), par le Dr Garland.

L'auteur rapporte un cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé survenu à la suite d'une amygdalite. La malade succombe. A l'autopsie la dure-mère est congestionnée, la substance blanche du cerveau est injectée. Le cœur est mou, l'artère pulmonaire renferme des caillots décolorés, valvules saines, reins et poumons congestionnés. Ce cas est intéressant, dit le Dr Haln, en ce qu'il montre les relations entre l'amygdale et le rhumatisme, relations signalées déjà par le Dr Clair Thompson (*The Lancet*, mai 24, 1884).

Indication de l'amygdalotomie (*When should tonsil be excised?*) par le Dr Ryersen.

On doit exciser les amygdales toutes les fois qu'elles gênent la respiration ou la nutrition des parties voisines. Les parents souvent consultent le médecin à ce sujet. L'intervention dépend de l'état des fosses nasales; si elles sont en bon état on ne doit pas intervenir : s'il existe une affection des fosses nasales, l'amygdalotomie doit être pratiquée. (*Canada Lancet*, juillet 1884.) J. Ch.

Note sur l'emploi de la cocaïne dans la déglutition douloureuse, par le Dr A. Dumas.

L'auteur rappelle les effets bien connus de la cocaïne sur les diverses muqueuses oculaires, nasales, buccales, pharyn-

gienne et laryngienne, et rapporte une observation de phymie laryngée dans laquelle la déglutition très douloureuse devint facile et indolore à la suite d'attouchements à la cocaïne (*Bull. Gen. de Thér.*, 30 décembre 1884). J. Ch.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Pharynx.

Albrecht. — De l'importance morphologique des diverticules du pharynx (*Congrès de la Société allemande de Chirurgie*, séances du 8 - 11 avril 1881. *Deusche Medic. Ztg.* Nos 32 et 33, 23 avril 1885).

Baber (E. C.). — Traitement des végétations adénoïdes (*The Brit. Med. Journ.* 21 mars 1885).

Cadier. — Pharyngite scrofuleuse. Cloisonnement et oblitération absolue de l'orifice naso-pharyngien par des brides cicatricielles (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, n° 1, mars 1885).

Carrington. — Un cas de pharyngite phlegmoneuse (*Clinical Society of London*, 13 février 1885).

Claiborne Herbert. — Hiatus situé sur le pilier antérieur à droite avec absence congénitale de l'amygdale droite (*The Amer Journ. of the Med. Sc.*, Avril 1885).

Galippe.— Stomatite gangréneuse. Septicémie buccale (*Journ. des connaiss. Med.*, n° 21, 21 mai 1885).

Iahn. — De la cocaïne dans la pharyngite chronique (*Deutsche Med. Ztg.* N° 20, 9 mars 1885).

Irsay (A.).— De l'emploi de la cocaïne dans les maladies du pharynx et du larynx (*Pester Medic. Chir. Presse*, n° 6, 1885).

Masséi (F.). — Mixômes géants de la cavité naso-pharyngienne (*Arch. Ital. di Laring.*, avril 1885).

Milsonneau. — Contribution à l'étude de l'angine infectieuse simple primitive (*Thèse Paris*, avril 1885).

Tillaux. — Adénome de la face supérieure du voile du palais (*Gaz. des hôp.*, n° 33, 19 mars 1885).

Tordeus (E.). — Muguet primitif de la gorge chez un enfant de six mois (*Journ. de Méd.* Bruxelles, mars 1885).

White. — Un cas de pharyngite plegmoneuse (*Clinical Society of London* 13 février 1885).

Wolff (I.). — De l'uranoplastie et de la staphylorrhapie (*Congrès de la Société Allemande de Chirurgie*, séances des 8-11 avril 1885. *Deutsche Medic. Ztg.*, n° 31, 16 avril 1885).

Nez.

Allen (Van. J. R.). — De l'électricité dans les maladies du nez, de la gorge et des oreilles (*Saint-Louis med. and Surg. Journ.*, janvier 1885).

Aschenbrandt. — De l'influence des nerfs sur la sécrétion de la muqueuse nasale (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 3, mars 1885).

Bodier. – Tamponnement des fosses nasales avec quelques boulettes imbibées d'essence de thérébentine (*Journ. de Méd. et de chir.*, n° 5, mai 1885).

Bournonville.— Un cas de coryza caséeux (*Centralbl. f. Chir.*, 18 av. 1885).

Bushton Parker. — Ablation d'un corps étranger (Gun-breech and bolt) ayant séjourné 5 ans dans la fosse nasale (*The Lancet*, 28 février 1885).

Cornil. — Du rhinosclérome (*Académie de médecine*, séance du 31 mars 1885).

Hunter Mackenzie.— Asthme nasal : ses causes, son traitement (*The Brit. Med. Journ.*, 16 mai 1885).

Jarvis (W. C.) — Etiologie et traitement du catarrhe nasal en relation avec les déviations de la cloison (*Philad. Med. Times*, 21 mars 1885).

Jarvis. — Étiologie et traitement du catarrhe nasal (*Med. News*, 14 mars 1885).

Koch. — Contribution à l'étude des polypes fibreux du sinus maxillaire (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc.*, n° 1, mars 1885).

Krause (H.). — Modification de l'anse à curette pour le larynx; porte-ouate pour le nez (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.* N° 4, avril 1885).

Mackenzie (John).— Nouveau spéculum nasal (*The Med. News*, 6 déc. 1884).

Morell-Mackenzie. — Note sur le rhinosclérome (*The Brid. Med. Journ.* 21 mars 1885).

Notte (G. de la). — Sur un cas d'ozène nasal et laryngo-trachéal (*Arch. Ital. di Laring.*, avril 1885).

Payne et Semon. — Rhinosclérome (*Brit. Med. Journ.*, 7 mars 1885).

Polaillon. — Rhinoplastie (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, n° 1, mars 1885).

Routier. — Hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur des fosses nasales. Sa nature et so ntraitement (*Le Prog. Méd.*, n° 20, 16 mai 1885).

Rumboldt. — Remèdes contre le catarrhe nasal (*Saint-Louis Med. and Surg. Jovrn.*, janvier 1885).

Schoetter.— De l'obstruction osseuse congénitale des choanes (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 4, avril 1885).

Tillmanns.— Des osteomes mortifiés des cavités nasale et frontale (*Congrès de la Société Allemande de Chi urgie*, 8 - 11 avril 1885. *Deutschc Med. Ztg.*, n°s 32 et 33, 23 avril 1885).

Verneuil. — Épithélioma pituitaire (*Gaz. des Hôp.*, n° 34, 21 mars 1885).

Vignes. — Fracture du crâne. Encéphalite traumatique Abcès du cerveau, Ouverture spontanée par le nez. Guérison (*Journ. de Méd. de Paris.* n° 15, 12 avril 1885).

Woakes (E.). — Nécrose de l'ethmoïde ; son influence sur le développement des polypes des fosses nasales, de l'ozène, etc. (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx*, etc., n° 2, mai 1885).

Larynx.

Arbuthnot-Lane.— Fractures de l'os hyoïde et du larynx (*Brit. Med. Journ.*, 7 mars 1885).

Arbuthnot-Lane.— Des fractures de l'os hyoïde et du larynx (*Pathological Society of London*, 3 mars 1885).

Ariza (R.). — La paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, considérée comme signe de diagnostic des affections graves extra-laryngiennes (*Inst. de terapeut. operat.*, t. IV, 1885).

Aysaguer. — Paralysie bilatérale des muscles crico-arythénoïdiens postérieurs pendant la grossesse (*L'Union méd.*, n° 46, 31 mars 1881).

Brush (E. F.). — Tubage du larynx (*The Med. Record*, 22 févr. 1885).

Cadier. — Application d'un larynx artificiel (*Ann. des Mal. de l'oreille, du larynx*, etc., n° 2, mai 885).

Cahn. — De la cocaïne dans les affections du larynx et surtout dans la phtisie laryngée (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx, etc*, n° 1, mars 1885).

Calhoun (A. W.). — Tumeurs du larynx chez les enfants (*Med. News*, 2 mai 1885).

Chaput. — Note sur un rapport peu connu du récurrent gauche (*Société Anatomique*, séance du 11 juil. 1884, *Le Progrès Méd.*, n° 14, 4 av. 1885).

Cornil. — Observations de gangrène du larynx et des poumons. (*Journal des connaiss. méd.*, n°s 14, 15, 16, 17, 18 avril 1885).

Edward.— Diphtérie laryngée, trachéotomie, guérison (*The Med. and Surg. Report*, mai 1885).

Elliott.— Examen microscopique de spécimens tirés de la gorge du général Grant (*The Med. Rec.*, 14 mars 1885).

Fischer. — Pathogénie des affections tuberculeuses du larynx (*Wien, Med. Wochenschr.*, 4 avril 1885).

Fournié (E.). — De l'extirpation du larynx. (*Revue médicale française et étrang.*, n° 16, avril 1885).

Gomez de la Malta (F.). — Le chlorhydrate de cocaïne en laryngologie (*An. de otol. y laring.*, n° 3, 1885).

Gotterell (Edward). — L'éclairage électrique des cavités du corps humain et du vernissage des miroirs laryngiens avec la glycérine. (*Lancet*, 7 et 14 mars 1885).

Haslund, — Lupus Laryngi (*St-Louis med. and Surg. Journal*, mai 1885).

Heydenreich (A.).— De l'extirpation du larynx (*La Semaine Méd.*, n°s 21, 20 mai 1885).

Huchard et Le Gendre. — Crise laryngée survenue chez un ataxique consécutivement à l'administration d'iodure de potassium impur (*Ann des mal. de l'oreille, du larynx*, etc., n° 2, mai 1885).

Labbé. — Extirpation du larynx. (*La Semaine Méd.*, n° 12, 25 mars 1885. *Académie de Médecine*, séance du 24 mars 1885).

Mandillon et **E. J. Moure.** — Présentation d'un cas de tumeur intrathoracique; compression du nerf récurrent gauche (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 27 mars 1885. *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 37, 12 avril 1885).

Massei (F.).—Encore du laryngoscope et de la médecine militaire (*Bull. delle mal. dell'orecchio*, Florence, 1er mai 1885).

X. — Aphonie (*Med. Times and Gaz.*, 16 mai 1885).

Zanchi Dante. — Le laryngoscope et la médecine militaire (*Boll. delle mal. dell'orecchio.*, Florence, 1er mars 1885).

Trachée.

Brancaccio (G.). — Sur les injections trachéales (*Arch. Ital. di Laring.*, avril 1885).

Castelain. — Ténaculum double pour la trachéotomie (*Bullet. méd. du Nord*, n° 2, février 1885).

Eustache. — Observation de fistule de la trachée, consécutive à une trachéotomie datant de quinze ans; opération; guérison (*Journ. des sciences méd. de Lille*, n° 9, 5 mai 1885).

Fraipont. — Cas de corps étranger de la trachée (*Annales de la Soc. médico-chirurg. de Liège*, janvier 1885).

Janeway. — Mort subite dans un cas de sténose de la trachée (*Méd. News*, 28 mars 1885).

Phélippeaux. — Lettre au docteur Léon Desguin à propos de son mémoire intitulé : Trachéotomie en un temps. Note sur l'emploi du trachéotome à manche dilatateur-conducteur (*Ann. de la Soc. de méd.* Anvers, janv. fév. 1885).

Rippley. — Fausse membrane diphtéritique de la trachée et des bronches (*Philad. Med. Times*, 21 mars 1885).

Oreilles

Allen Kelch. — Otite moyenne purulente (*Philad. Med. Times*, 7 fév. 1885)

Allen Kelch. — Concrétions accumulées depuis longtemps dans les deux oreilles (*Philad. Med. Times*, 7 février 1885).

Bacon, Gorham. — Le traitement opératoire de la mastoïdite avec faits (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx*, etc., n° 2, mai 1885).

Blau. — Des affections de l'organe de l'ouïe à la suite de la leucémie (*Soc. de méd. de Berlin*, 4 mai 1885. *Deutsche med. Ztg.*, n° 40, 18 mai 1885).

Boeck (O.) — Rapport sur les communications faites dans la section d'otologie à la réunion des naturalistes à Magdebourg (18 jusqu'au 23 sept. 1884). (*Arch. f. Ohrenheilk.* Bd. XXII, Heft 2, 30 avril 1885).

Brücke (E.). — De la perception des bruits (*Wien.*, chez C. Gerold's Sohn).

Burnett (Ch.). — Rapport sur les progrès de l'otologie (*Med. Times, Philad.*, 7 février 1885).

Buck (Albert). — Un cas de corps étranger du conduit auditif externe (*Philad. Med. Times*, 7 février 1885).

Francisco Sancho. — Extraction d'une tête d'épingle de la caisse du tympan (*An. de otol. y laring.*, n° 3, 1885).

Gellé. — De quelques phénomènes subjectifs de l'audition (*La Trib. méd.*, 8 mars 1885).

Gomez de la Mata (F.). — L'électricité dans les maladies de l'oreille (*An. de otol. y laring.*, n° 2, 1885).

Grazzi (V.). — Pourquoi l'otologie doit être considérée comme une des études spéciales les plus importantes (*Giorn. int. delle scienze med.* 1885).

Greiner. — Perforation de l'apophyse mastoïde (*Weekly med. Rev. Chicago*, 7 mars 1885).

Hartmann (A.). — De la reproduction graphique des résultats de l'examen de l'ouïe fait avec le diapason (Tirage à part du *Deutsche med. Wochenschr.*, n° 15, 1885).

Hermet. — Un cas de diabétides du pavillon de l'oreille (*France médicale*, 21 mars 1885).

Hermet. — Deux nouvelles observations pour servir à l'histoire de la syphilis héréditaire dans ses manifestations sur l'appareil auditif (*Ann. de Dermat. et de Syph.*, 25 mars 1885).

Hoegyes. — Nouvelles contributions à l'étude de la physiologie et de la pathologie des réflexes du nerf acoustique (*Orvasi hetilap*, n° 4, 1885).

Jacobson (B.). — De la relation qui existe entre le nerf acoustique et l'équilibre (Réponse à M. le Dr B. Baginsky.) (*Arch. f. Ohrenheilk.* Bd. XXII, Heft 2, 30 avril 1885.)

Josso. — Spasme respiratoire provoqué par un simple attouchement sur la muqueuse du conduit auditif (*Gaz. méd. de Nantes*, n° 7, 9 mai 1885).

Kiesselbach (W.). — De la déformation du pavillon de l'oreille et du cadre osseux du tympan dans un cas d'obstruction congénitale du conduit auditif externe (*L. Gerlach's Beitræge zur Morphol. und Morphogenie*, 1885).

Kirchner (W.).— Pityriasis versicolor du conduit auditif externe (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 3, mars 1885).

Kirchner. — De l'action de la cocaïne dans les opération sur le tympan *Deutsche Med. Wochenschr.*, n° 4, 1885).

Ménière (E.).— De l'influence de la ménopause sur les maladies de l'oreille (*Ann. des mal. de l'oreille, du larynx*, etc., n° 2, mai 1885).

Morpurgo (E.). — Les opérations à pratiquer sur l'apophyse mastoïde doivent-elles être précoces ou tardives? (*Boll. delle mal. dell'orecchio*, Florence, 1er mars 1885).

Mygind, Holger. — Rapport sur les communications faites dans la section d'otologie du VIIIe Congrès international, à Copenhague 1884 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXII, Heft 2, 30 avril 1885).

Politzer (A.). — Compte rendu du 3e Congrès d'otologie, à Bâle (du 1er jusqu'au 4 septembre 1884.) (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXII, Heft 2, 30 avril 1885).

Reichard (W.). — L'air, la lumière et le son en rapport avec l'hygiène de l'école (Riga, chez Kymmel).

Rohrer (F.) — Un cas de surdité subite après la rougeole (*Korr. — Bl. d. Schweizer Arzte*, n° 24, 1885).

Snell (Siméon).— Polype de l'oreille (*Brih. Med. Journ.*, 14 mars 1885).

Todd. — Surdité consécutive à la parotidite (*The Birmingham Med. Rev.* mai 1885).

Weber-Liel. — Du traitement de la carie et de la nécrose superficielle du conduit externe et de la caisse par l'acide sulfurique (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 4, avril 1885).

Varia.

Alderton. — Rapport sur huit cas de diphtérie (*Brit. Med. Journ.* 25 avril 1885).

Allara. — De l'extirpation du corps thyroïde (*La Speriment.*, fasc. 3, mars 1885).

Ariza (R.). — Influence du coryza chronique et de l'angine granuleuse sur la voix chantée (*Inst. de terap. operat.*, t. IV, 1885).

Baratoux. — Compte-Rendu de la Société Française d'otologie et de laryngologie (*Semaine Méd.*, 8 et 18 avril 1885).

Bécigneul. — De quelques cas de diphtérie (*Gaz. med. de Nantes*, n° 6, 9 avril 1885).

Berger. — Chondrome du maxillaire supérieur (*Soc. de chirurg.*, séance du 6 mai 1885).

Boccuzi. — La diphtérie et l'essence de térébenthine (*Arch. di laring.*, avril 1885).

Bonnefous. — La thyrotomie et ses applications (*Thèse de Montpellier*).

Bontemps. — Croup, trachéotomie : Méthode du Dr Renou. Guérison rapide (*Gaz. des Hôpit.*, n° 35, 24 mars 1885).

Bornhaupt. — De l'extirpation du goître (*Chirurgitscheski Westnik*, janvier 1885).

Boucheron. — De l'acide urique dans la salive et dans le mucus nasal, pharyngé, bronchique, utéro-vaginal (*Académie des sciences*, 18 mai 1885).

Brissaud. — Stomatite et endocardite infectieuse (*Journ. des Connais. méd.*, 14 mai 1885).

Brucy. — A propos de la diphtérie (*Concours méd.*, 7 mars 1885).

Bruen. — Déformatiton du thorax en carine (*The Med. Bull.*, février 1885).

Delthil. — Exposé pratique du traitement de la diphtérie par les hydrocarbures (*Bullet. gén. de thérapeut., etc.*, n° 5, 15 mars 1885).

Duguet. — Nouveau dilatateur œsophagien (*La France médicale*, n° 50 30 avril 1885).

Dwight Chapin (A.). — Trypsin comme dissolvant de la fausse membrane dans la diphtérie (*The Med. Record*, 7 mars 1885).

Fasano (A.). — Histoire et importance de l'aérothérapie en médecine (*Gaz. delle cliniche*, nos 15 et 16, 1885).

Fasano (A.). — Sur la théorie parasitaire de la phtisie et sur l'atmiatrie et l'aérothérapie. (Naples 1885.)

Flechter Ingels. — Croup Guérison par l'ablation de fausses membranes de la bronche droite (*Med. News*, 28 mars 1885).

Gehrmann.—Un masque pour inhalation (*Deuts. med. Ztg.*, n° 9, 29 janv. 1885).

Gotthelf. — Des résultats définitifs des opérations de bec de-lèvre compliqué (*Congrès de la Société Allemande de Chirurgie*, séances des 8-11 avril. 1885. *Deutsche Medic. Ztg.*, nos 32 et 33, 23 avril 1885).

Grognot. — Traitement du hoquet par la compression des nerfs phrénique pneumogastrique (*Bullet. gén. de thérapeut., etc.*, n° 6, 30 mars 1885).

Guelliot — Cas d'un adéno-phlegmon de la région sus-hyoïdienne (*Société méd. de Reims*, séance du 24 décembre 1884).

Gussenbauer. — De la stomatoplastie (*Prager Medic. Wochenschr.*, n° 13, 1er avril 1885).

Hodsley.— La glande thyroïde et le myxœdème (*Med. News*, 4 avril 1885).

Horsley. — Relations entre la glande thyroïde et la pathologie du myxœdème et du crétinisme (*The Lond. med. Record*, 16 mars 1885).

Jeneway. — Ulcère perforant de l'œsophage (*The Med. Rec.*, 18 avril 1885).

Jousset. — Traitement de la diphtérie, angine couenneuse et croup (*Malad. des enfants*, Paris, 1885, chez Baillière et fils).

Kaposi. — Glossite exfoliatrice (*Wiener Med. Presse*, 22 mars 1885).

Kohn (A.). — De l'inflammation du goître et du corps thyroïde (*Allgem. Wiener med. Ztg.*, nos 14, 15, 17, 18, etc., avril, mai 1885).

Lagrange. — De la gastrotomie dans les rétrécissement cancéreux de l'œsophage (*Gaz. des Hôpit.*, 18 avril 1885).

Lewis I. Smith. — Croup membraneux; croup diphtéritique; vrai croup (*The Americ. Journ. of the Med. Sc.*, avril 1885).

Macintyre (John). — Notes sur l'emploi de la lumière électrique en médecine (*Glasgow Med. Journal*, janvier 1885, avec des planches).

Mackenzie (John). — Contribution à l'étude de la syphilis congénitale (*The New-York Med. Journ.* mai 1884).

Masucci (P.). — Étude sur l'usage de la cocaïne comme anesthésique et analgésique (*Arch. Ital. di laring.*, avril 1885).

Maudin.— Note sur l'altération du chlorhydrate de cocaïne et de ses solutions (*Annales des mal. de l'oreille, du larynx*, etc., n° 2, mai 1885).

Maximo de Francisco. — Considérations sur deux cas intéressants de diphtérie (*An. de otol. y laring.*, nos 2 et 3, 1885).

Mazotti. — Des altérations de l'œsophage dans la tuberculose (*Revista Clinic. di Bologna*, n° 1, 1885).

Mendel. — Des paralysies diphtéritiques (*Société de médecine de Berlin*, 11 février 1885; *Deutsche med. Ztg.*, n° 15, 19 fév., et n° 16, 23 fév. 1885).

Michel (Carl). — Du traitement des maladies de la gorge et du larynx, traduit de l'allemand par le Dr Calmettes (Bruxelles, A. Manceau, 1884).

Millard (Henry). — La cocaïne comme anesthésique local dans l'usage du thermo-cautère (*New-York Med. Journ.* 2 mai 1885).

Morton Smale. — Suppuration chronique de l'antre (*Brit. Med. Journ.*, 18 avril 1885).

Newmann (David). — Un cas de corps étranger du larynx (*Glasgow Pathological and Clinical Society*, 12 janvier 1885).

Nitsche. — Porte-ouate pour le larynx (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 4, avril 1885).

Passavant. — La trachéotomie dans le croup diphtéritique (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.* Bd. 19, 20, 21. 1883, 1884, 1885).

Peabody (George L.). — Goître exophtalmique (*Philad. Med. Times*, 4 avril 1885).

Piltz.— La diphtérie au point de vue du médecin praticien (*D. prakt. Arzt*, nos 1, 2, 3, 1885).

Purslow. — Rupture spontanée de l'œsophage (*Birm. Med. Rev.*, mai 1885).

Ramon de la Sota — Kyste préthyroïdien, abcès et fistule laryngée, guérison (*Arch. of Med.*, vol. XI, n° 2, avril 1884). Sténose laryngée (*The Med. Rec.*, 28 février 1885).

Raymondaud (Gilbert). — De la trachéotomie dans le croup *Journ. de la Soc. de méd. de la Haute-Vienne*, n° 4, avril 1885).

Renou.— Croup, méthode antiseptique (*Gaz. des Hôp.*, n° 48, 25 avril 1885).

Rey (Philippe). — Cas de phtisie laryngée avec granulations et ulcération tuberculeuses du pharynx et perforation de la paroi laryngo-pharyngienne (*Le Progrès Méd.*, n° 18, 2 mai 1885).

Renzi. — Du spasme inspiratoire (*Rivista clin. et terapeut.*, n° 4, avril 1885).

Rosenbach (O.). — État des muscles constricteurs et dilatateurs de la glotte dans les altérations de leurs fibres nerveuses (*Virchow's Arch.*, 99 Band, 1 Heft, 1885).

Ross (W. S.). — Un cas de corps étranger du larynx. Laryngotomie (*The Louisville Med. News*, 21 févr. 1885).

Rossbach — Effets du papayotin dans la diphtérie, le croup et le croup pseudo-membraneux (*Med. News*, 18 avril 1885).

Rupp (Adolphe). — Remarques sur le croup. La trachéotomie est-elle dangereuse dans ce cas? (*The Med. Rec. N. Y.* 28 mars 1885).

Sands. — Carcénome de la langue (*N. Y. Med. Journ.*, 28 mars 1885; *Compte rendu de la Soc. de chirug.*).

Sandras. — Modifications de la voix humaine obtenues au moyen des inhalations (*Académie de Méd.*, 12 mai 1885).

Schech (Ph.). — Études sur l'obliquité du larynx et de la glotte (*Deutsche med. Wochenschr.*, 23 avril 1885).

Schindler (Th.). — Sur un cas de sarcome à cellules géantes occupant la bouche d'un enfant opéré avec succès (*Monatsschr. f. Ohrenheilk*, n° 4, avril 1885).

Scot Skirwing. — Traitement des tumeurs malignes de la langue (*The Austral. Med. Gazette*, 15 janv. 1885).

Segond. — Gastrotomie dans un rétrécissemont d'œsophage (*Congrès franç. de chir.*, séance du 10 avril 1885).

Semon (F.). — L'éclairage électrique des différentes cavités du corps humain (bouche, pharynx, larynx, nez, oreilles, vagin, rectum), la faradisation, la galvanocaustie et l'électrolyse à l'aide des accumulateurs à poche (*The Lancet*, 14, 21 et 24 mars 1885).

Sinclair. — Rétrécissement cancéreux de l'œsophage avec ulcération des bronches. — Mort par inanition. — Nécropsie (*The Brit. Med. Journ.*, 21 mars 1885).

Spands (H. P.). — Carcinome de la langue (*Med. News*, 28 mars 1885).

Stoker (George). — Le miroir laryngien. (*Lancet*, 21 mars 1885).

Stumpf (L.). — Observations cliniques sur la diphtérie (*Deutsches Arch. f. Klin. Med.* Bd., 36, Heft 1, 2).

Syer Bristowe (J.). — Rapport sur les fractures de l'os hyoïde et des cartilages du larynx (*The Brit. Med. Journ.*, 21 mars 1885).

Tillaux. — Fracture du larynx (*Gaz. des Hôp.*, n° 33, 19 mars 1885).

Tizzoni (Guido). — Expérience sur l'extirpation du goître chez le lapin (*Gazz. degli Ospitali*, n° 8, 1885).

Tracher (J. K.). — L'électricité dans les paralysies diphtéritiques (*Med. News*, 18 avril 1885).

Van Santvoord. — Tuberculose du larynx chez un enfant de deux ans et demi (*Philad. Med. Times*, 21 mars 1885).

Virchow. — Un cas de lèpre du larynx (*Société de Médecine de Berlin*, 11 février 1885. *Deutsche Medic. Ztg.*, n° 15, 19 février 1885).

Virchow. — (*a*) Un cas de sarcome de la glande tyroïde amenant une sténose laryngée. (*b*) Un cas de goître kystique (*Soc. de Berlin*, 11 mars 1885; *Deutsche med. Ztg.*, n° 23, 19 mars 1885).

Ward Cousins (John). — Un nouvel inhalateur, remarque sur les inhalations antiseptiques (*The Brit. Med. Journ.*, 16 mai 1885.)

Webster. — Tumeur maligne du corps thyroïde (*New-York Med. Journ.*, 28 février 1885).

Wertheimer. — Rôle de la branche descendante de l'hypoglosse (*Soc. de Biologie*, 9 mai 1885).

Wilson, — Un nouveau crochet palatin (*Med. News*, 4 avril 1885).

Wolff — De l'extirpation du goître (*Société de Berlin*, 18 mars 1885: *Deutsche med. Ztg.*, 26 mars 1885).

Wyeth. — Croup, trachéotomie, guérison (*The Med. Rec.* 14 mars 1885).

Bordeaux. — Impr. Nouv. A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, in-8, 16 pages .... 1 »

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*, in 8°, 15 pages avec figures en noir .... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic*, in-8°, 108 pages avec des figures en noir.................... fr. 3 50

J. Baratoux. — *De l'Électrolyse ou de la Galvanocaustique de la Trompe d'Eustache*, in-8° 12 pages.................................... fr. » 75

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaire, lingual et pharyngien*, in-8, 5 pages.. » 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix*, in 8°, 16 pages.................... fr. 1 25

Boucheron. — *De la Surdi-Mutité par Otopiésis ou Compression auriculaire*, in-8° de 36 pages, avec une planche en noir ....fr. 1 50

Délie, d'Ypres. — *Hoquet et spasmes pharyngo-laryngés*, in-8°, 24 pages..........fr. 1 50

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille*, in-8°, 24 pages.................................... 1 50

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx*, 22 pages avec des figures en noir.................................... fr. 1 25

E. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, in 8°... fr. 1 25

E. Guinier. — *Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx*, in-8, 17 pages.................................... fr. 1 25

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier*, in-8°, 18 pages.............................. fr. 1 25

Th. Hering. — *De l'emploi de l'Acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx*, in-8°, 20 pages.................... fr. 1 25

Th. Hering. — *Des corps étrangers égarés dans le larynx et l'œsophage* in-8° 16 pages.fr. 1 25

Joal. — *De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie*, in-8°, 40 pages.................................... fr. 1 50

Joal. — *Étude sur les fluxions de la muqueuse laryngée*, in-8° 40 pages....... fr. 1 75

Koch. — *Du Laryngo-Typhus*, in-8°, 20 pages....................................fr. 1 25

E. J. Moure. — *Étude sur les Kystes du Larynx*, grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte.................................... fr. 3 50

E. J. Moure. — *Recueil clinique sur les Maladies du Larynx*, grand in-8° de 108 pages, avec figures en noir dans le texte.................................... fr. 3 50

E. J. Moure et J. Baratoux. — *De l'emploi du Chlorhydrate de cocaïne*, in-8°, 8 pages.................................... » 50

Schiffers. — *Contribution à l'étude du Cancer du larynx*. In-8° 20 pages. 1 25

Pour recevoir l'un de ces ouvrages il suffit d'en adresser le montant au Bureau de la REVUE ou à l'Éditeur.

SUR UN CAS D'APHONIE SIMULÉE ET UN FAIT D'APHONIE NERVEUSE CHEZ DES ENFANTS

Par le Dr E. J. Moure (1).

Les observations d'aphonie simulée sont encore peu nombreuses par ce fait bien évident que les malades habituels n'ont aucun intérêt à simuler une affection dans le simple but d'aller consulter un médecin, aussi la simulation ne se rencontre-t-elle que dans certaines conditions, particulièrement dans le métier militaire, qui nous offre la plus nombreuse série des cas de toutes sortes. Tout le monde connaît la persistance avec laquelle le troupier simule les maladies les plus invraisemblables dans le but de se faire réformer. L'aphonie est peut-être l'affection qui a été le moins exploitée, au moins celle dont les cas rapportés sont certainement les moins nombreux. Déjà le Dr Martel, ancien médecin aide-major, avait appelé l'attention sur ce sujet et publié quelques articles dans lesquels il donnait les moyens de reconnaître la simulation ; une fois également l'an passé je fus appelé par un médecin militaire à constater un cas de cette nature chez un militaire dont le Dr Duponchel a publié l'observation (2).

Depuis cette époque le Dr Masseï, de Naples, a publié dans son journal (*Archiv. Ital. di Laryngologia*) un article sur l'aphonie simulée, et enfin, tout récemment, j'ai eu l'occasion d'examiner un nouveau fait de ce genre, non plus chez un militaire, mais chez un jeune hommme de douze ans, séminariste. Les conditions dans lesquelles était survenue l'aphonie pouvaient faire craindre une affection plus grave de la muqueuse laryngée, et rien ne permettait de supposer que cet enfant pût simuler une aphonie. C'est à ce double titre que ce fait m'a semblé intéressant :

(1) Lu à la *Société franç. d'otologie et de laryngol.*, séance du 3 avril 1885.
(2) *Revue Mens. de Laryngol.*, n° 10, 1er déc. 1884.

Observation I.— Il s'agit d'un jeune homme âgé de 12 ans environ, séminariste, qui me fut adressé vers le mois de décembre dernier pour une aphonie absolue, survenue à la suite d'une rougeole dont la marche avait été absolument régulière. Le malade, d'abord enroué, était, à la fin de sa fièvre éruptive, devenu tout à fait aphone, et se plaignait même de douleurs à la déglutition. Lorsqu'il se présenta à moi, il était parfaitement visible que le malade exagérait son aphonie, quelle que pût en être la cause. La phonation avait presque l'air d'être douloureuse et cependant la respiration s'effectuait d'une manière normale.

Au moment de l'examen du pharynx le malade se contractait, et lorsque je lui recommandai de prononcer la voyelle A pour me montrer le fond de sa gorge, pendant que j'abaissai la langue. sur le plancher de la bouche, il était bien évident qu'il faisait des efforts plutôt pour retenir sa voix que pour la rendre sonore.

Je pratiquai alors l'examen de l'organe vocal et malgré les essais du malade pour ne pas me laisser voir son larynx, je parvins à apercevoir des cordes vocales blanches, nacrées, d'aspect normal, venant se mettre absolument à contact pendant les efforts que faisait l'enfant pour empêcher le son de sortir. Songeant alors à de la simulation, je demande au prêtre qui accompagnait le jeune séminariste si ce dernier avait quelque raison pour simuler une aphonie. J'appris alors qu'il s'ennuyait au séminaire, mais que jamais on n'avait eu autrement à se plaindre de lui. Convaincu dès lors que j'étais en face d'une simulation, je priai le prêtre de sermoner vertement le jeune homme, et je le menaçais moi-même de l'endormir s'il persistait à simuler, l'avertissant que j'avais à ma disposition un moyen absolument infaillible pour le faire parler.

C'est alors que pendant une nouvelle application du miroir il prononça à haute et intelligible voix la lettre E et qu'il continua ensuite à parler.

Le deuxième fait est analogue au précédent par le mode de début de l'affection, mais il en diffère par l'exis-

tence d'une lésion nettement appréciable à l'examen de l'organe vocal.

Observation II. — Le nommé X.., petit orphelin, habitant dans un orphelinat des environs de Bordeaux, me fut adressé par son médecin pour une aphonie survenue également à la suite d'une rougeole. Pendant l'évolution de cette fièvre éruptive dont l'éruption s'était faite assez mal, l'enfant, âgé de 8 ans environ, avait d'abord été enroué et pendant sa convalescence il devint complètement aphone. Les antécédents morbides sont nuls, l'examen du pharynx ne dévoile l'existence d'aucune lésion.

A l'examen laryngoscopique, facile à pratiquer, je constate que la muqueuse laryngienne a son aspect normal dans toutes ses parties, mais au moment de la phonation les deux cordes vocales restent éloignées l'une de l'autre, circonscrivant un triangle isocèle très aigu dont les côtés, légèrement concaves en dedans, sont formés par les rubans vocaux et la base par la région intéraryténoïdienne. Il s'agit évidemment d'une paralysie des muscles constricteurs de la glotte. Je propose alors, et fais aussitôt une première application d'électrisation externe qui reste sans résultat, puis une deuxième directement sur les cordes vocales : l'un des électrodes placé à l'entrée du larynx et l'autre en dehors, sur l'un des replis ary-épiglottiques. Dès la première application la voix d'abord un peu rauque, enrouée, devient, bientôt après, de plus en plus timbrée. Comme dans l'aphonie nerveuse, le malade sort de mon cabinet ayant recouvré sa voix, qu'il n'a plus perdue depuis, car je l'ai revu tout dernièrement.

Voilà donc deux faits similaires quant à leur mode de début, mais dans lesquels le laryngoscope a permis d'établir des points différentiels absolument nets et importants au point de vue du traitement; c'est surtout à ce titre que je les ai réunis dans une même communication.

Le dernier fait offre encore d'autres points intéressants, dont le premier est le mode de début de la paralysie à

la suite de la rougeole. Bien que les complications laryngées de cette fièvre éruptive ne soient pas toujours aussi graves que celles de la variole et surtout de la fièvre typhoïde, il n'en est pas moins vrai que la marche progressive de l'enrouement, ayant déterminé à la fin de la période de desquamation l'aphonie absolue, pouvait faire craindre l'existence d'une altération grave de la muqueuse laryngée. De plus, les cas de paralysie nerveuse des cordes vocales chez les jeunes garçons sont des faits encore assez rares, ou du moins dont on a signalé encore bien peu d'exemples.

LA COCAINE ET LA CHORÉE DU LARYNX

Par le Dr F. Massei (de Naples) (1)

Messieurs et honorés confrères,

Je regrette vivement que la distance et mes occupations professionnelles m'empêchent de me rendre auprès de vous, pour vous communiquer directement ce que l'expérience m'a appris sur l'application de la cocaïne dans une maladie du larynx, aussi rare que singulière.

Forcé de vous écrire, je vous prie, Messieurs, d'accueillir avec indulgence cette petite contribution thérapeutique, dans laquelle on ne peut voir qu'une preuve de l'intérêt que je prends à vos discussions.

Et d'abord, permettez-moi de vous dire que mon sentiment particulier sur l'efficacité de ce nouvel anesthésique n'arrive pas, tant s'en faut, à l'enthousiasme et au délire qui se sont emparés de la plupart des laryngologistes. Loin de moi la prétention de croire que tout ce qui en a été dit n'est que le rêve d'un esprit malade ; je tiens toutefois à déclarer, en passant, que d'après ma faible expérience, le chlorhydrate de cocaïne est un assez bon anesthésique pour le larynx, — meilleur, peut-être,

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*. — 1885.

pour le pharynx et le nez, — mais que son emploi exclusif ne suffirait point pour faire délivrer un diplôme de spécialiste au premier élève qui fonderait sur ce remède toutes ses espérances. Et j'ose me flatter, mes chers confrères, que dans l'observation que je vais vous soumettre, vous voudrez bien reconnaître la vérité des faits, dépouillés de tout artifice, et présentés sans prévention de ma part.

Il y a à peu près quinze mois, je fus consulté par une jeune fille âgée de vingt ans, demeurant à Curti, dans les environs de Naples, au sujet d'une toux sèche, aboyante, involontaire, d'un timbre tout spécial et d'une telle fréquence, qu'elle ne laissait pas à la malade un seul instant de répit, excepté pendant le sommeil. Cette jeune fille, d'une constitution médiocre, était bien réglée, quoique avant de sortir de pension elle eût présenté quelques symptômes de dysménorrhée et des indices d'éréthisme. A part cela, rien dans son passé n'avait attiré l'attention des médecins, et depuis cette époque on n'avait remarqué chez elle aucun symptôme d'hystérie.

L'examen laryngoscopique révélait à peine une légère hypérémie, de sorte que je n'hésitai point à reconnaître qu'il s'agissait d'une forme typique de la *chorée du larynx*. Je recommandai le séjour de la campagne, la quinine à haute dose et les courants continus, me réservant, si on n'obtenait pas d'amélioration par ce premier traitement, de prescrire ensuite les bains chauds à moitié corps, avec ablutions d'eau froide sur l'autre moitié, des pulvérisatisns d'éther sur le cou et la moelle épinière, etc.

Quatorze mois après cette première et seule consultation, on m'amena de nouveau la jeune fille, dont l'état avait beaucoup empiré. Pendant cette longue période, elle n'avait fait que tousser, de cette toux quinteuse et sonore qui caractérise la forme morbide que je viens de signaler. Jamais le moindre répit; la fréquence des quintes augmentait de jour en jour; on était arrivé à en compter cent vingt par minute. Le sommeil, ce remède providentiel contre la chorée, ne venait plus

qu'avec beaucoup de difficulté, et l'insomnie, livrant la malade au tourment d'une toux continuelle, laissait sur son visage la trace de cruelles souffrances. On avait essayé de tout avec une constance digne d'un meilleur succès. J'étais étonné moi-même de l'obstination de la maladie. A deux reprises différentes on avait conduit et fait demeurer pendant deux mois la malade à la campagne; les courants continus et faradiques avaient été appliqués plusieurs fois par d'habiles spécialistes; quinine, belladone, bromure, chloral, tout avait échoué; les pulvérisations et les inhalations d'éther n'avaient produit aucun effet. Désolés du résultat négatif de toutes ces tentatives, les parents acceptaient les remèdes empiriques des commères de l'endroit. Pour faire transpirer la malade, on la couchait dans un lit où l'on mettait des carreaux fortement chauffés; de cet expédient on passa aux bains d'étuve, et, chose singulière, le hasard vint donner une nouvelle preuve de l'obstination du mal.

A la suite de quelques chagrins domestiques, la mère de la jeune fille avait été prise de convulsions suivies d'évanouissements si profonds que plus d'une fois on la crut morte. Eh bien! malgré la frayeur que dut éprouver sa fille, la chorée du larynx demeura ce qu'elle était auparavant, et les parents de la jeune malade eurent lieu d'en être surpris, car je les avais entretenus à dessein d'une guérison obtenue à la suite d'une grande frayeur chez un enfant atteint de la même maladie.

On revint au traitement médical que j'avais indiqué d'abord, et l'on commença par l'hydrothérapie qui ne donna aucun résultat. La malade disait seulement qu'elle se sentait un peu soulagée après l'application du courant continu.

J'avoue que je me serais trouvé dans un grand embarras si l'idée d'essayer la cocaïne ne se fût présentée tout de suite à mon esprit, et je dois déclarer ici qu'un de mes confrères, le docteur Orzillo, y avait pensé avant moi : cela résulte d'un rapport que j'ai eu l'occasion de voir et où il conseille le même remède.

Le nouveau traitement fut accepté et commencé le même jour; j'appliquai deux fois, dans la même séance, une solution

hydro-alcoolique de chlorhydrate de cocaïne au 5me, ayant soin d'en badigeonner toute la cavité laryngienne. Les trois premiers jours, il n'y eut qu'une amélioration à peine sensible, mais ensuite les intervalles de repos commencèrent à devenir un peu plus longs, surtout après la médication. Le sommeil revint et apporta un grand soulagement, mais les quintes étaient toujours en nombre considérable, pour ne pas dire extraordinaire. Un des premiers jours du traitement par la cocaïne on en compta jusqu'à cent vingt dans un quart d'heure. Cependant je reprenais courage, car la malade se rétablissait peu à peu, et après treize jours elle se sentit en état de quitter Naples pour se rendre dans son pays.

Un médecin distingué, M. le docteur de Marco, eut l'obligeance de me faire savoir que, pendant ce court voyage, la toux était revenue et avait atteint les mêmes proportions qu'auparavant; toutefois, la malade pouvait dormir, et le sommeil lui procurait un calme de huit à dix heures, dont elle n'avait pu jouir avant l'application de la cocaïne. Les parents furent frappés de ce changement imprévu, et reconnurent eux-mêmes la nécessité de reprendre le traitement par la cocaïne, traitement interrompu trop tôt pour produire des effets durables.

Les bons résultats qu'a donnés l'application de la cocaïne suggèrent de l'employer dans tous les cas semblables; mais ce n'est pas, je l'avoue, Messieurs, ce qui m'a engagé à vous faire cette communication. Dans le cas dont il s'agit, si la toux qui s'était montrée rebelle à des traitements si divers, avait enfin cédé à l'action du plus puissant anesthésique que l'on connaisse, cela prouve tout simplement qu'elle partait du larynx et qu'elle tenait à une exagération de la sensibilité réflexe. Or, dès le mois d'avril 1878, j'avais décrit dans le *Morgagni* de Naples, sous le titre de : *Contributions à l'étude des névroses laryngiennes*, trois cas semblables, que M. le professeur Schroetter eut l'obligeance de rappeler dans l'excellent article qu'il publia, en 1879, sur la chorée du

larynx, dans le septième numéro de l'*Allg. Wiener mediz. Zeitung*. J'avais eu alors l'idée de donner le nom de *toux nerveuse* (c'est-à-dire de toux provoquée par hyperesthésie de la sensibilité réflexe de la muqueuse laryngienne) à la maladie qui, par autorité du savant laryngologiste Viennois, a été baptisée et reconnue dans la science sous le nom de *chorée du larynx*.

L'année suivante (1879) je revins sur le même sujet dans le *Journal international des Sciences médicales*, qui se publie à Naples. Dans l'article que j'y fis insérer, sous le titre de : *Chorée du larynx*, avec un point d'interrogation pour exprimer mes doutes, je me proposais d'abord d'établir que les faits observés par M. Schroetter et par moi étaient de même nature, et ensuite d'étudier, au point de vue pathogénique, si la dénomination imposée par lui était exacte.

M. Schroetter la justifiait en rappelant que sous le nom de *chorée* on désigne les contractions de quelque muscle, ou de groupes musculaires, lesquelles se produisent indépendamment de notre volonté, mais avec pleine et entière connaissance, et qui cessent pendant le sommeil. Outre le spasme des muscles du larynx, M. Schroetter affirmait avoir observé encore des contractions simultanées en d'autres détroits musculaires.

Je me borne à rappeler ici les principaux arguments par lesquels ce savant professeur justifiait ses conclusions. On sait que tout en admettant une disposition individuelle particulière, il regarde cette maladie comme une névrose du mouvement dans la plus rigoureuse acception du mot.

Je reprochais à cette dénomination d'être plutôt symptomatique que pathogénique, et que la toux, ainsi que le spasme pouvaient être considérés l'un et l'autre comme des mouvements choréiques des muscles du larynx. Mais la connaissance élémentaire du mécanisme de la toux et le fait indiscutable de l'existence d'une toux dont on n'aperçoit aucunement la cause, soit dans le larynx,

soit ailleurs, étaient de bons arguments pour me faire préférer le nom d'hyperesthésie de la sensibilité réflexe du larynx.

Quoi qu'il en soit, la dénomination de *chorée du larynx* a pris un sens si bien déterminé que tout le monde l'applique immédiatement à la forme morbide dont il s'agit, et à laquelle appartient évidemment le cas que je viens de décrire.

Ce serait une prétention déplacée de ma part que de vous proposer une innovation dans la terminologie médicale ; mais si des faits nombreux venaient à prouver que la cocaïne est un remède souverain contre la chorée du larynx, l'opiniâtreté de mon sentiment aura du moins servi à établir qu'il n'y a qu'une seule indication rationnelle dans le traitement de la maladie en question : c'est d'émousser la sensibilité réflexe du larynx, qui, sous l'influence de causes souvent inconnues, s'exagère au point que l'air même nécessaire à chaque inspiration se traduit par une excitation morbide.

UN CAS DE SYPHILIDES PAPULO-ÉROSIVES HYPERTROPHIQUES DES CONDUITS AUDITIFS EXTERNES

Par le Dr Noquet (de Lille).

Les condylomes (1) ou, pour mieux spécifier, les syphilides papulo-érosives hypertrophiques se rencontrent rarement dans le conduit auditif externe.

Stœhr (2), dans une note publiée en 1870, ne fait men-

(1) La dénomination *condylome* s'applique aussi bien aux végétations non syphilitiques qu'aux plaques muqueuses hypertrophiques. On s'est contenté d'appeler les premières *condylomes acuminés* et les secondes *condylomes plats* (Voir, à ce sujet, Pingaud, art. Condylomes, du *Dict. encycl. des Sciences méd.*, 1re série, t. XIX, p. 414). Si la dénomination *syphilide papulo-érosive hypertrophique* est plus longue, elle a, au moins, le mérite de ne prêter à aucune confusion.

(2) Stœhr, Uber Bildung von breiten Condylomen im æuss. Gehœrgang., *Arch. für Ohr.*, V, p. 130.

tion que de 14 cas. Schwartze (1), sur 221 sujets présentant une affection de l'oreille, Knapp (2), sur 9 à 10,000, Ravogli (3), sur 144 syphilitiques, n'ont trouvé qu'une fois seulement le conduit auditif envahi par ces productions.

Després (4), sur 1,200 femmes syphilitiques, parmi lesquelles plus de 980 avaient des plaques muqueuses à la période d'état, au moment où elles sont entrées dans son service, n'a vu que cinq cas de plaques muqueuses du conduit auditif externe. Une seule de ces syphilitiques, âgée de trente ans, avait les deux oreilles prises à la fois. Buck (5) n'aurait, sur 4,000 malades de l'oreille, rencontré que cinq fois des condylomes du conduit auditif.

Quant à Jégu (6), il ne rapporte, dans sa thèse, que onze observations, dont quatre recueillies dans le service de M. le professeur Fournier. Les autres sont extraites de différentes publications et de la thèse de Bruncher (7).

En ce qui me concerne, et bien qu'il m'ait déjà été donné de voir bon nombre de syphilitiques atteints d'affections de l'oreille, je ne puis ajouter qu'un seul cas à ceux dont je viens de parler.

Ce cas, j'ai eu la bonne fortune, qui en somme n'est pas très fréquente, de l'observer pendant plusieurs mois, et de suivre, pour ainsi dire pas à pas, les modifications survenues. Quelques particularités m'ayant semblé dignes d'intérêt, j'ai cru, me basant du reste sur la rareté de cette éruption spécifique, pouvoir vous demander la permission de vous relater l'histoire de mon malade.

(1) Schwartze, *Archiv. für Ohrenh.*, Band IV, p. 7.

(2) Knapp, *Arch. of Otol.*, 1879, p. 165.

(3) Ravogli, *Congrès de Milan* 1880 (séance du 8 septembre).

(4) Després, *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx*, etc., 1878, t. IV, p. 311.

(5) Buck (*Amer. Journ. of. otol.*, 1879), cité par Politzer (*Traité des mal. de l'or.*, traduit de l'allemand, par Antonin Joly, p. 360).

(6) Jégu, *Thèse de Paris*, 1884, nº 83. *De la syphilis de l'oreille* (État actuel de nos connaissances), p. 27.

(7) Bruncher. Essai sur les lésions de l'appareil auditif dans la syphilis congénitale et acquise (*Thèse inaugurale*, Nancy, 1883).

Le nommé V..., ouvrier typographe, âgé de vingt-sept ans, de taille moyenne et assez vigoureusement constitué, m'est adressé par un de mes confrères. Il se présente à mon dispensaire le 24 avril 1884.

Ce malade me dit que ses oreilles ont commencé à couler il y a environ quatre mois. L'écoulement, peu abondant au début, a beaucoup augmenté depuis trois semaines. En même temps que cette augmentation, sont survenues des douleurs très vives, insupportables, empêchant le travail et le sommeil, douleurs qui, ayant pour centre les deux conduits auditifs, s'irradient dans les régions temporales et pariétales, et vers le cou. Ce sont surtout ces douleurs qui ont engagé le malade à se faire soigner. Il existe aussi des bourdonnements assez gênants, semblables au bruit produit par un bec de gaz ouvert sans être allumé.

V... n'accuse aucun antécédent héréditaire et prétend n'avoir jamais eu d'affections sérieuses. Toutefois, ses oreilles ont coulé pendant quelques jours, il y a environ deux ans. Cet écoulement se serait arrêté spontanément, et n'aurait laissé, après lui, aucune gêne de l'ouïe.

V... a été atteint, il y a à peu près six mois, d'une sorte de suintement purulent, se faisant entre le prépuce et le gland. Il n'a, du reste, pas attaché grande importance à ce suintement, qui ne s'accompagnait ni de gonflement ni de douleurs et qui a disparu, assez rapidement, sans soins médicaux. Le malade affirme n'avoir eu, consécutivement, ni taches sur la peau, ni croûtes dans les cheveux, ni maux de gorge persistants. Et cependant, en l'examinant, même d'un peu loin, il est facile d'apercevoir, sur le front, des macules assez nombreuses, ayant à peu près la grandeur d'une pièce de cinquante centimes, et présentant cette coloration spéciale des syphilides érythémateuses, existant depuis un certain temps et tendant à s'effacer. Il faut noter aussi une alopécie assez prononcée et de date récente, au dire du malade.

L'acuité auditive est diminuée pour la montre, qui n'est *pas entendue* à gauche, et ne l'est à droite qu'à partir de 0,05 centimètres. Par contre la voix moyenne est entendue

facilement des deux côtés à partir de 3 mèt. 50. La perception crânienne est bonne et ne présente rien de particulier à noter.

Les conduits auditifs sont remplis d'un pus séreux, très fluide, d'une teinte blanc-sale, et sécrété avec une telle abondance qu'il reparaît aussitôt qu'on l'essuie. Un sillon, large d'environ quatre millimètres, profond de deux, que le pus semble avoir creusé, s'étend de chaque côté, depuis le bord inférieur du trou auditif jusqu'au rebord arrondi qui va du tragus à l'antitragus. Le fond de ce sillon est parsemé de petites granulations d'un gris sale.

L'intérieur du conduit est très sensible, et le nettoyage avec le stylet porte-ouate difficilement supporté. Ce nettoyage étant du reste peu efficace, à cause de la réapparition rapide du pus, je me décide à pratiquer des injections avec une seringue à anneaux. Or, à la deuxième injection, qui avait été poussée un peu plus fortement que la première, le malade se renversa sur sa chaise, à tel point qu'il serait tombé si on ne l'avait soutenu, ferma les yeux, devint très pâle, fit entendre un ronflement stertoreux, et fut pris de convulsions cloniques, tout à fait semblables à celles de l'épilepsie.

Il faut évidemment voir dans ces phénomènes des réflexes anologues à ceux que font naître, quelquefois, les corps étrangers du conduit. Mégnin (1) a, notamment, signalé une épilepsie contagieuse provoquée, sur une meute de chiens, par des acariens (*psoroptes longirostris*), qui s'étaient développés dans les conduits auditifs externes.

Mon malade, à ce qu'il m'a affirmé, n'avait jamais eu d'accès épileptiques, et c'est évidemment l'arrivée du jet de liquide, poussé un peu fortement, sur la surface ulcérée des condylomes que je vais décrire, qui, dans le cas spécial, a provoqué le réflexe.

Ici, la membrane du tympan n'était pas en cause puisque, comme je vais le dire tout à l'heure, la lumière du conduit

(1) Mégnin, Epilepsie contagieuse, parasitaire, chez le chien (*Soc. de biologie*, année 1881, t. XXXIII, séance du 5 février).

auditif était oblitérée. Ce même réflexe se reproduisit, du reste, quelques jours après, lorsque je pratiquai une cautérisation sur les points malades avec une solution forte de nitrate d'argent.

Mais je ne veux pas m'étendre plus longtemps sur cet épisode, qu'il m'a paru bon de vous signaler, et je reviens à l'examen du malade.

Les convulsions cloniques, provoquées par les injections d'eau tiède, n'ayant été que de courte durée, et le patient étant à peu près remis au bout de quelques minutes, je parviens, après quelques nouveaux nettoyages faits avec le stylet porte-ouate, à bien voir ce qui ce passe dans les conduits.

Leurs parois sont tapissées par un grand nombre de petits mamelons, à surface inégale, rappelant l'aspect d'une mûre. Ces mamelons, dont les bases se touchent, sont d'un gris sale et paraissent un peu plus volumineux à droite; ils rétrécissent le conduit de telle façon qu'il ressemble, des deux côtés, à un cône dont le sommet se trouverait à 0,01 centimètre du trou auditif représentant la base. Les tympans sont, par conséquent, complètement invisibles.

Le ganglion préauriculaire et quelques ganglions sous-mastoïdiens sont modérément engorgés. Je rencontre aussi, à la nuque, plusieurs ganglions assez volumineux et durs. Sur la face antérieure du thorax, je trouve une roséole, tendant à s'effacer, mais bien manifeste, et dans la rainure balano-préputiale, une induration parcheminée, large à peu près comme une pièce de vingt centimes, et indiquant nettement l'existence antérieure d'un chancre syphilitique. Les ganglions de l'aine et les ganglions épitrochléens sont engorgés. Je ne constate, du reste, aucune lésion, ni dans la bouche, ni dans le pharynx, ni dans l'arrière-cavité des fosses nasales. Je note aussi l'absence du psoriasis palmaire et de plaques muqueuses anales. Enfin, pour en finir avec les symptômes, j'ajoute que ni le procédé de Politzer, ni le cathétérisme de la trompe avec insufflation d'air n'indiquaient une perforation de la membrane tympanique.

Le diagnostic s'imposait, et il n'était pas douteux que ce

malade, en pleine évolution de syphilis secondaire, présentait, dans les conduits auditifs, une éruption de syphilides papulo-érosives hypertrophiques. Il me semble, du reste, qu'ici l'aspect des lésions, leur coloration gris sale devaient faire songer à leur origine. Les mamelons polypiformes du conduit, consécutifs à des otites externes de nature scrofuleuse ou autre, sont rarement aussi confluents, et ont, c'est du moins ce que j'ai le plus souvent constaté, une coloration franchement rose et même rouge. Au contraire, les syphilides papulo-érosives de cette région sont le plus souvent, si j'en crois les observations que j'ai pu lire, grises ou d'un gris-rouge, ou tout simplement rougeâtres. Ce n'est que par exception qu'on les a prises pour des polypes sans pédicule apparent (1).

Le traitement était tout tracé. Il fallait évidemment instituer une médication générale appropriée. Déjà le confrère qui m'adressait ce malade lui avait fait prendre de l'iodure de potassium.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter les différentes méthodes thérapeutiques dirigées contre la syphilis secondaire. Faut-il, comme le voulait Küss, lorsqu'il s'agissait de plaques muqueuses, donner l'iodure seul, à dose croissante, jusqu'à saturation ? Faut-il prescrire le mercure seul ou associé à l'iodure ? Faut-il préférer les injections de peptone mercurique-ammoniaque aux frictions, et celles-ci à l'absorption stomacale ? Ce sont là autant de points particuliers que je me garderai bien d'aborder et qui ont, du reste, déjà été examinés longuement par beaucoup d'auteurs plus compétents que moi.

Pour mon compte, je me contenterai de dire que, dans les cas sérieux comme l'était celui-ci, il me paraît utile de faire prendre longtemps du mercure au patient, sous des formes variées : absorption stomacale, frictions, onctions répétées et même injections hypodermiques. On est obligé aussi, au point de vue de ces formes variées, de tenir compte des conditions sociales, de l'intelligence du malade et de bien d'autres considérations.

(1) Hermet, Communication orale (*Thèse de Jégu*, p. 31).

Ici je conseillai les pilules de Dupuytren (deux par jour) et fis continuer l'iodure à la dose de 2 grammes. Contre l'élément douleur, je prescrivis l'aconitine cristallisée (trois pilules de 1/5 de milligramme par jour) et l'hydrate de chloral associé au sirop de morphine (hydrate de chloral, 4 grammes; sirop de morphine, 40 grammes une, deux et même trois cuillerées à bouche le soir, suivant les cas). Enfin, localement, je fis pratiquer, trois fois par jour, des injections d'eau tiède légèrement salée, en recommandant d'employer la plus grande douceur. Ces injections devaient être suivies d'instillations faites avec une solution de sublimé, ainsi formulée : sublimé, 0,05, alcool, eau dist. ãã, 25 grammes (instillation d'un quart d'heure de durée). J'avais d'abord conseillé une solution de sublimé dans l'alcool rectifié; mais l'emploi de cette solution fut tellement douloureux qu'il devint impossible de le continuer.

Enfin, j'eus recours à la méthode de Thorel (1). Je badigeonnai les condylomes avec un petit pinceau trempé, préalablement, dans une solution de nitrate d'argent au quart, et fis suivre ce badigeonnage du contact du zinc métallique. Malheureusement, cette méthode, qui est très efficace, est aussi très douloureuse, et chez mon malade, elle amena les symptômes épileptiformes dont j'ai parlé plus haut. Je ne pus, par conséquent, l'employer qu'avec beaucoup de ménagement et à de longs intervalles.

Quoi qu'il en soit, sous l'influence de ces moyens combinés, les syphilides se modifièrent assez rapidement, du moins, dans la moitié externe du conduit. Au bout d'un mois, cette partie externe ne présentait plus aucun condylome; la peau était simplement un peu hypertrophiée et un peu suintante; l'écoulement avait beaucoup diminué, et le sillon, s'étendant du méat à l'espace qui sépare le tragus de l'antitragus, s'était cicatrisé. Mais tout le reste du conduit était encore oblitéré complètement, et il fallait lutter contre les douleurs à l'aide de moyens calmants. Cette situation se prolongea, sans

(1) Voir à ce sujet Jullien, *Traité des maladies vénériennes*, p. 731.

grandes modifications, pendant environ trois mois, jusqu'à la fin d'août, époque à laquelle le malade partit pour les grandes manœuvres. Il convient de dire, cependant, qu'à ce moment les douleurs avaient cessé depuis un mois.

Je perdis le malade de vue ; mais dernièrement, ayant songé à publier son observation, je cherchai à le retrouver, J'y parvins assez facilement, grâce à l'obligeance de mon confrère, et je pus constater les symptômes suivants :

Les deux conduits auditifs se montrent exactement sous le même aspect : ils ne présentent plus aucune lésion, dans leurs deux tiers externes. A 16 centimètres environ du méat, ils commencent à ce rétrécir, progressivement et coniquement, de façon à ce que le fond soit représenté par un cercle ayant à peu près 3 millimètres de diamètre. La peau offre jusque-là une coloration normale. Mais en ce point, deux petites granulations, implantées, l'une sur la paroi antérieure, l'autre sur la paroi postérieure, ne laissent entre elles qu'une fente verticale, ayant à peine un demi-millimètre de largeur. Il y a, à ce niveau, un peu de pus blanc, assez épais. Aucune trace de syphilis dans les autres régions, si ce n'est quelques ganglions engorgés. Je dois dire que le malade avait suivi le traitement spécifique, d'une façon régulière, jusqu'au commencement de mars.

Il existe encore des bourdonnements en *dji ii ii ii;* mais les douleurs n'ont plus reparu. La montre est entendue, à gauche, à partir de 0,20 centimètres ; à droite, à partir de 0,30. La voix moyenne est entendue, à gauche, à 4 mètres 50, et à droite, à 5 mètres. La perception crânienne est bonne. La douche d'air semble indiquer que les membranes tympaniques ne sont pas perforées.

Réflexions. — La plupart des syphiliographes ont signalé ce fait que les syphilides papulo-érosives hypertrophiques ont une tendance générale à naître sur les points du tégument et des muqueuses exposés à des frottements, à des contacts irritants, ou ayant présenté,

antérieurement, d'autres lésions qui en font *des lieux de moindre résistance* (1).

Dans le cas dont je viens de parler, il est probable que si la syphilis a envahi les conduits auditifs avec une telle intensité, c'est parce qu'ils avaient été malades deux ans auparavant. L'influence des affections antérieures est notée dans plusieurs observations que j'ai lues (Desprès (2), Knapp (3) et Fournier (4).

Les douleurs ne sont pas toujours ni aussi intenses, ni aussi persistantes que chez mon malade. Parmi les cinq malades de Desprès, une seule se plaignait un peu. Cependant, la plupart des observateurs, et tout spécialement Stœhr (5), signalent de violentes douleurs rayonnantes, survenant au moment où les condylomes s'ulcèrent.

Quant aux phénomènes réflexes épileptiformes que les injections d'eau tiède et les cautérisations faisaient naître chez mon malade, je ne les ai vus signalés dans aucune des observations qu'il m'a été donné de parcourir..

Stœhr (6) a constaté, après la guérison des condylomes, un rétrécissement annulaire du conduit auditif externe, dans sa portion osseuse, et une diminution persistante de l'acuité auditive. Aussi, est-il prudent de porter un pronostic réservé, surtout lorsque le conduit est totalement envahi, sa lumière obstruée, et qu'il est impossible, par conséquent, de se renseigner sur l'état de la membrane tympanique et de la caisse. Politzer est peut-être trop optimiste, quand il dit : « Le pronostic des condylomes du conduit auditif est favorable (7). »

(1) Voir à ce sujet Pingaud, article CONDYLOMES, *loc. cit.*, et Jullien, *loc. cit.*, p. 711.

(2) Desprès, *loc. cit.*

(3) Knapp, *Arch. of Otol.*, 1879, p. 165, observation traduite par Jégu, *loc. cit.*

(4) Fournier, Observ. IV de la *Thèse* de Jégu.

(5) A. Stœhr *loc. cit.*

(6) Stœhr, *loc. cit.*

(7) Politzer, *loc. cit.*, p. 561.

Mon malade présente, actuellement, un rétrécissement du conduit, dans la portion osseuse, et un certain degré de surdité. Mais j'espère voir ces phénomènes s'amender notablement sous l'influence du traitement général, et surtout quand les petites granulations, qui existent encore, auront été détruites avec le galvano-cautère, ou mieux avec l'acide chromique fondu, selon la méthode du Dr Héring, de Varsovie.

Dans certains cas, le tympan a été envahi par les syphilides et perforé. L'observation de Knapp (1) en est un bel exemple. Chez mon malade, je n'ai pas vérifier, *de visu*, l'état du tympan. Mais, j'ai tout lieu de croire, d'après le résultat négatif des insufflations d'air, qu'il est resté intact.

Enfin, je ferai remarquer, pour terminer, que les conduits auditifs sont rarement envahis par les condylomes dans toute leur étendue. M. Desprès (2) les a surtout rencontrés sur la paroi inférieure, et Stœhr (3) dans la profondeur du conduit. Souvent aussi un seul des conduits est atteint. Dans le cas que j'ai observé, les deux conduits étaient complètement envahis depuis le méat jusqu'au fond; et c'est sans doute cet envahissement complet qui explique l'intensité des douleurs et la longue durée des accidents.

COMPTE RENDU
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 3 avril 1885.

Présidence du Dr C. Miot *(Suite et fin)*.

(Suite de la discussion sur l'ozène. Communication de M. le Dr Moure (1).)

(1) Knapp, *loc. cit.*
(2) Desprès, *loc. cit.*
(3) Stœhr, *loc. cit.*
(1) Voir *Revue*, no 6, juin 1885, p. 305 à 308.

M. Baratoux. — J'ai employé les tampons d'ouate, et j'y ai renoncé complètement. Je préfère de beaucoup les lavages antiseptiques, les attouchements au sulfate d'atropine et les préparations iodées et astringentes. J'ai eu une malade qui, pendant trois ans, a eu de la ouate dans le nez sans résultats; depuis, je l'ai soignée par le procédé indiqué plus haut, et, depuis six mois, elle se croit guérie. — Je l'ai revue récemment, et rien n'est venu contredire ce que cette jeune fille nous disait.

M. Moura. — Il est important de distinguer de l'ozène pathologique l'ozène factice, passager ou persistant, qui est dû au séjour plus ou moins prolongé de sécrétions normales, mais peu abondantes et adhérentes aux parois des fosses nasales. Chez les individus dont l'une ou les deux fosses nasales sont grandes et laissent passer l'air inspiré avec la plus grande facilité, chez ces personnes, cet air dessèche les sécrétions de la muqueuse, et celles-ci, adhérant plus ou moins longtemps, acquièrent une odeur plus ou moins prononcée de putréfaction et font croire à une affection grave. Les moyens locaux ou mécaniques sont très suffisants pour faire disparaître ces odeurs et ces sécrétions qui, détachées violemment par la personne elle-même, sont suivies d'épistaxis, tantôt insignifiantes et tantôt plus ou moins persistantes.

M. Boucheron. — La distinction entre l'ozène vrai et l'ozène faux doit être maintenue; les putréfactions communes des sécrétions et des suppurations des fosses nasales constituent l'ozène faux, l'ozène vrai étant caractérisé par une maladie à odeur spéciale et produit par un agent spécial.

Je me range tout à fait à l'opinion que l'ozène est produit par l'action d'un microbe spécial, surtout depuis la communication de M. Lœwenberg (Congrès d'otologie, Bâle, 1884).

M. Lœwenberg a montré que souvent les mucosités récentes de l'ozène vrai forment une culture presque pure d'un microbe ayant la forme d'un gros micrococcus, se colorant facilement par le bleu de méthyle.

La présence de ce microbe et sa pullulation à la surface et

dans l'épaisseur de la muqueuse des fosses nasales expliquent toutes les particularités de cette affection.

Les différentes lotions antiseptiques balayent les mucosités en putréfaction et en fermentation microbienne tout en s'opposant, dans une certaine mesure, à la repullulation du microbe.

Le tampon de ouate simple, dans les narines à larges cavités, s'oppose à la dessiccation excessive de la muqueuse qui diminue sa résistance ou favorise sa destruction.

M. Noquet. — Les théories microbiennes sont séduisantes ; mais il est bon, je crois, de faire quelques réserves à leur sujet. Les microbes décrits par Lœwenberg et dont nous a parlé M. Boucheron, sont-ils l'effet ou la cause de l'ozène? Je me méfie un peu des microbes, depuis surtout que plusieurs histologistes de Lille nous ont montré le fameux microbe-virgule considéré par Koch comme la cause du choléra, dans une foule de liquides. On le trouve à Lille, où il n'y a pas eu de choléra depuis longtemps, dans l'eau de la Deûle, dans les écuries du 19e chasseurs, dans les salles de l'hôpital militaire, dans les jardins de plusieurs maisons. Dernièrement encore le Dr Lober nous a montré des microbes-virgules, provenant d'un liquide de broncho-pneumonie, et il a pu, avec ces microbes, développer, dans la gélatine, la colonie en cône que M. Koch prétendait être absolument spéciale au microbe du choléra.

M. Moura. — A propos du microbe caractéristique, spécial à l'ozène pathologique, je partage l'observation de M. Noquet. Il faut se garder de généraliser, comme on le fait trop souvent, la théorie des microbes, causes de maladies. Ces microbes sont des effets, des résultats de la décomposition et ils entretiennent ensuite eux-mêmes le mouvement de décomposition des milieux par leur multiplication.

Encore une fois, à mon avis, on a abusé de la théorie des microbes générateurs des maladies.

M. Gellé. — Quelle que soit la cause de l'ozène, il est certain, et c'est là-dessus que j'insisterai, que les traitements

précédemment indiqués sont insuffisants pour la cure de cette fâcheuse infirmité.

Sur un cas d'aphonie simulée et un cas d'aphonie nerveuse chez des enfants, par M. le Dr MOURE (de Bordeaux) (1).

M. NOQUET (de Lille) fait une communication sur **un cas de syphilômes des conduits auditifs** (2).

M. BARATOUX. — J'ai remarqué que les condylômes, de même que les affections syphilitiques des conduits, étaient plus fréquents en été et qu'on les observait principalement chez les individus dont la sécrétion de cérumen était abondante. Je ne suis pas de l'avis de Stohn sur le siège de ces condylômes; c'est dans la partie où abondent les glandes qu'on les rencontre habituellement.

Quant au pronostic, il est favorable; je n'ai jamais eu de cicatrices déformantes après leur disparition.

Pour obtenir ce résultat, il suffit de quelques soins de propreté, et il n'est pas nécessaire d'avoir recours à des cautérisations. Cependant, pour activer leur guérison, il est bon de faire usage du crayon de nitrate d'argent suivi d'une application du crayon de zinc, comme le conseille M. Noquet, et comme le fait depuis longtemps M. Besnier.

On peut encore se servir d'une solution de nitrate acide de mercure ou d'acide chromique cristallisé, que l'on fera suivre d'une injection d'eau tiède.

M. GOUGUENHEIM. — A quelle période de la syphilis était survenu le syphilôme que M. Noquet a observé?

M. NOQUET. — Deux mois après le chancre environ.

M. GOUGUENHEIM.—Pendant les trois années que j'ai passées à l'hôpital de Lourcine, je n'ai pas souvenir d'avoir vu un cas de condylôme des conduits auditifs. Mon successeur dans le même service n'a pas non plus observé un cas semblable. Je

(1) Voir *Revue*, p. 341.
(2) Voir *Revue*, p. 349.

suis donc autorisé à dire que c'est une affection excessivement rare.

M. Noquet. — J'ai signalé la rareté de cet accident de la syphilis en indiquant les auteurs que j'ai consultés.

M. Moure. — Les condylômes syphilitiques du conduit auditif sont, je crois, des lésions rares. J'ai eu l'occasion d'en observer un cas chez une malade dont le conduit était notablement rétréci. Je ne fis aucun traitement local, et une simple médication générale suffit pour guérir la malade.

M. Gellé. — L'observation du Dr Moure, où le traitement spécifique a donné, avec la rapidité que nous savons, un résultat excellent, me contraint à insister sur un point de l'observation de M. Noquet. Je fais allusion à la persistance vraiment étonnante de la lésion auriculaire et aux suites observées (cicatrice, atrésie et fongosités persistantes).

Il faut voir sûrement là l'effet d'otorrhées anciennes, d'origine scrofuleuse sans doute, et la combinaison des deux diathèses et la préexistence de lésions auriculaires rend mieux compte de la gravité des lésions consécutives.

M. Baratoux. — Je suis étonné que M. Gouguenheim dise que les condylômes de l'oreille *n'existent pas*. S'il n'en a pas vu et si son successeur à Lourcine n'en a pas observé, c'est que peut-être ils ne les ont pas recherchés, mais il ne faut pas dire que ses prédécesseurs n'en ont pas vu ; en effet, tel n'est pas l'avis de Fournier, qui consacre même une page de son traité sur la syphilis à propos des condylômes du conduit. Dans cet article il rapporte le cas d'une malade dont les conduits sont oblitérés par des papules hypertrophiques.

Cet auteur a fait mouler une pièce que l'on peut voir dans sa collection particulière, actuellement à St-Louis ; elle porte le n° 197.

Les condylômes, bien que rares, se voient encore parfois, puisque Vidal de Cassis les a signalés, ainsi qu'un grand nombre d'auteurs étrangers : Troeltsch, Knapp, Wilde, Grüber dernièrement, et nous-même en avons observé cinq ou

six cas, dont un il y a peu de temps, chez un malade du service de M. Besnier.

M. Garrigou-Désarènes. — J'ai eu occasion de voir et de soigner des accidents syphilitiques du conduit auditif externe. Lorsque le Dr Péan était à l'hôpital de Lourcine, j'ai observé deux malades, dans son service, qui présentaient de véritables plaques muqueuses dans une partie assez étendue des conduits auditifs externes. Les dessins ont été pris, et le Dr Fournier, qui faisait alors des conférences cliniques à Lourcine, les montra aux nombreux assistants.

Ces dessins étaient parfaitement exacts.

M. Schiffers pense que les condylômes du conduit auditif externe sont rares. Il estime que cette rareté s'explique par la texture même de l'organe. On n'a pas, en effet, affaire ici à une muqueuse; or c'est sur ces membranes ou dans leur voisinage immédiat que se développent les condylômes. Dans le conduit auditif externe, il faut plus souvent des conditions particulières pour favoriser leur production, soit, par exemple l'existence d'une otite externe ou d'un écoulement purulent antérieur venant de la caisse, qui a ramolli l'épiderme et l'a mis dans des conditions propres à faciliter le développement de cette lésion.

M. Delie (d'Ypres) fait une communication sur **deux cas de corps étrangers dans l'oreille.**

Un bouchon de cérumen. — Un soir de l'été 1884, je rentrais de voyage, à dix heures; un homme m'attendait à la sortie de la gare. Il m'accosta en ces termes : « Monsieur le » docteur, si vous ne me délivrez de mon mal, je me suicide » cette nuit même. Ce soir, vers sept heures et demie, voulant nettoyer mon oreille droite, j'introduisis une curette » dans le conduit; au bout de quelques grattages, la curette » s'enfonçant trop, je reçus dans la tête un coup épouvantable » avec accompagnement de vertiges et de bruits musicaux » discordants. Il me fut impossible de me tenir assis sur ma » chaise; je tombais constamment du côté droit; couché sur

» le tapis de ma chambre, tous les objets que touchaient mes » regards étaient animés de mouvements rotatoires. En me » mouchant fort il y eut une légère amélioration. Depuis je » suis tout bouleversé; je ne puis me tenir sur mes jambes; » il y a un charivari de bruits musicaux dans ma tête; je ne » suis plus maître de mes sens ; je deviens fou et je me tuerai.» Conduit jusqu'à ma demeure, il fut délivré d'un gros bouchon de cérumen, de ses maux et de son idée de suicide.

Un ver dans l'oreille. — Le vendredi 4 juillet 1884, vers midi, arrive chez moi, au grand galop, une voiture conduite par le commissaire de police : deux ouvriers l'accompagnaient. L'un, jetait des cris désespérés et se livrait à des contorsions éclamptiques généralisées : pas un membre du corps n'était en repos; son compagnon s'épuisait à l'empêcher de se ruer sur le pavé. En descendant de la voiture le malade tournoyait sur le côté droit et donnait tête baissée sur la porte; une foule avait suivi la voiture.

M. le commissaire me raconta le fait. On cure le canal : la pompe ne fonctionnant plus, l'ingénieur chargea notre patient de passer la main sous le corps de pompe, afin de constater si la lumière de ce dernier n'était pas obstruée. L'homme met son oreille à fleur d'eau; au même moment il pousse des cris terribles et se démène dans l'eau en proie à des mouvements désordonnés. Le premier moment d'hilarité passé, ses compagnons, s'apercevant que le malheureux va se noyer, le retirent, le déposent sur la berge, et ne peuvent lui arracher que ces mots : « *Il y a un animal dans mon oreille.* » Après avoir versé inutilement de l'eau dans les oreilles, les ouvriers, inquiets, requièrent le commissaire de police. Ce dernier arrive chez moi. Le malheureux inspire pitié : ses souffrances doivent être considérables. Pour inspecter l'oreille, deux hommes sont obligés de tenir la tête : à première vue, la rougeur du tympan apparaît seule; mais bientôt, dans l'angle inférieur, se montrent quelques ondulations passagères; elles fuient pour réapparaître. A chaque fois, l'homme déclare que ses souffrances augmentent et que l'ani-

mal se meut. Au moyen de ma pincette recourbée je retire un petit ver blanc, semblable à ceux que l'on trouve souvent dans les fruits mûrs; il mesure 1 centimètre et demi de long, est conique et en pointe à la tête. Au même instant, l'ouvrier s'écrie : « Monsieur le docteur, *je suis délivré.* » Le malheureux se jette à genoux, et ne sait comment exprimer sa reconnaissance.

M. Gellé demande par quel procédé l'auteur a enlevé le bouchon et s'il y a eu du vertige antérieurement à l'opération ?

M. Delie répond que non, et rappelle que le sujet avait été soulagé de ses vertiges par l'effort qu'il fit en se mouchant.

M. Noquet (de Lille) fait une communication sur : **deux corps étrangers de l'oreille.**

Les observations de corps étranger de l'oreille me paraissent presque toujours mériter d'être relatées, parce qu'il est assez rare qu'une d'entre elles ressemble complètement à sa voisine. Aussi vous demanderai-je la permission de vous présenter deux de ces corps, extraits récemment, et provenant, le premier, de l'oreille d'une petite fille de neuf ans; le second, de celle d'un jeune homme de dix-sept ans.

Observation I. — La petite fille avait l'habitude de se gratter l'oreille avec l'extrémité d'un porte-plume en fer, terminé par une perle de même métal. Un jour, la perle se détacha et resta dans le conduit auditif. Bien que l'enfant n'éprouvât aucun symptôme gênant, elle fit part de cet accident à ses parents, qui demandèrent leur médecin. Ce confrère, ayant pratiqué un assez grand nombre d'injections d'eau tiède sans résultat, conseilla de m'amener l'enfant. Quand je l'examinai, le conduit et le tympan étaient normaux, et j'eus, je dois le dire, assez de peine à découvrir la perle. De couleur grise, sans reflet brillant, ayant à peine 4 millimètres de diamètre, englobée de pellicules épidermiques, elle

reposait sur la paroi inférieure du conduit, contre la membrane du tympan. Comme cette paroi inférieure formait une saillie en dos d'âne assez prononcée, je ne pus apercevoir le corps étranger qu'en faisant incliner, assez fortement, la tête de l'enfant sur le côté opposé, de manière à ce que le rayon visuel, dirigé obliquement de haut en bas et de dehors en dedans, vînt plonger en quelque sorte derrière le dos d'âne. Le dos d'âne, comme on le sait, varie beaucoup suivant les individus. Très développé chez quelques-uns, il l'est peu ou pas chez d'autres.

Dans le but de désagréger les pellicules épidermiques entourant le corps étranger, et aussi pour rendre la voie plus glissante, je pratiquai, dans le conduit, une instillation de glycérine, la tête de l'enfant étant appuyée sur une table. Cette position fut gardée pendant le temps nécessaire pour préparer de l'eau tiède, légèrement savonneuse. Je fis alors dans le conduit, en employant une force modérée, des injections, avec une seringue à anneau, l'embout étant placé tangentiellement à la paroi supérieure. J'espérais que, de cette façon, le liquide glisserait sur le plan incliné formé par la membrane tympanique, et viendrait faire remous derrière le corps étranger, qu'il entraînerait ainsi de dedans en dehors. Mon attente ne fut pas trompée : à la troisième injection, la perle tombait dans le bassin.

Observation II. — Le second corps étranger est un grain de chapelet en bois, représentant une petite sphère de six millimètres de diamètre ; le trou, dont il est perforé, est encore, comme vous pouvez le voir, complètement rempli de cérumen. Je l'ai trouvé dans les circonstances suivantes :

Un jeune homme de 17 ans avait l'oreille droite sourde depuis son enfance; il l'avait toujours considérée comme perdue, et ne se rappelait pas l'époque à laquelle elle avait cessé de fonctionner.

Il ne se préoccupait, du reste, aucunement de cet état qu'il croyait définitivement acquis, et il ne vint me consulter que parce que son oreille gauche était depuis quelques jours devenue sourde à son tour.

L'acuité auditive, ainsi qu'il me fut facile de le constater, était fortement diminuée des deux côtés; mais la perception crânienne était bonne En examinant les conduits auditifs, je constatai que chacun d'eux était complètement obstrué par un bouchon de cérumen dur, ayant à peu près un centimètre de longueur.

Je conseillai au jeune homme de faire trois instillations par jour, dans chaque oreille, avec de la glycérine bi-carbonatée et l'engageai à revenir me voir le surlendemain. Il revint, et je me mis en devoir de lui pratiquer des injections d'eau tiède, dans chaque oreille. Je commençai par l'oreille droite, la plus anciennement malade. Le cérumen sortit assez facilement en se fragmentant. Un morceau plus volumineux que les autres ayant attiré mon attention, j'eus l'idée de le tâter pour juger de sa consistance, il s'écrasa et j'aperçus le grain de chapelet.

Le jeune homme fut très étonné de cette découverte; il ignorait complètement la présence de ce corps étranger. Se l'était-il introduit lui-même, autrefois, lors de sa tendre enfance, ou bien un voisin de classe lui avait-il joué ce méchant tour? Il n'aurait pu le dire. Ce qui est bien certain, c'est que le grain de chapelet avait séjourné bon nombre d'années dans le conduit auditif. Le cérumen s'était accumulé peu à peu autour de lui pour former finalement un bouchon complet, dont il était, en quelque sorte, le noyau.

Ce fait prouve, une fois de plus, que les corps étrangers peuvent séjourner longtemps, dans le conduit auditif, sans provoquer d'autres phénomènes gênants qu'une surdité en rapport avec leur volume, et surtout avec la quantité de cérumen qui les entoure.

Il y a, dans la science, un grand nombre de cas analogues, entre autres, celui d'un officier de cinquante ans, qui portait, dans l'oreille, un grain de chapelet en corail, depuis l'âge de cinq ans. Ce grain fut extrait par Marchal (1).

(1) *Revue médicale française et étrangère*, 1884.

On sait qu'il n'en est pas toujours ainsi. Certains corps étrangers du conduit auditif produisent des névralgies violentes, des phénomènes réflexes divers, des attaques nerveuses générales prolongées. La littérature médicale est assez riche en exemples de ce genre. Pour mon compte, j'ai publié, il y a quelques années, dans le *Bulletin médical du Nord* (1), l'histoire d'un malade atteint d'une névralgie de l'auriculo-temporal, des branches auriculaire et mastoïdienne du plexus cervical, de quelques filets du pneumo-gastrique, névralgie qui ne disparut qu'après l'ablation d'un bouchon de cérumen, développé, dans le conduit auditif droit, autour d'un grain d'avoine, entré à l'insu du malade.

Quant au jeune homme, porteur du grain de chapelet, il guérit complètement de sa surdité. Ses deux oreilles, ne présentant aucune autre lésion, ont fonctionné normalement, aussitôt après le balayage du cérumen.

M. Ménière dit qu'il est bon de rappeler aux médecins en général, les graves inconvénients et les complications que peuvent amener les manœuvres intempestives avec instruments pour enlever les corps étrangers de l'oreille.

Les grandes injections à l'eau chaude sont le moyen le plus sûr.

Les cas où l'on doit employer les instruments spéciaux sont des plus rares.—Cela ne lui est arrivé qu'une fois en dix-huit ans.

M. Moure. — Je désire appuyer l'idée de M. Ménière, à savoir que le point capital est d'insister sur la nécessité de ne point intervenir, dans les cas de corps étrangers de l'oreille, sans avoir au préalable fait un examen de l'organe. Il est bon en effet de savoir que bien souvent ces corps peuvent séjourner dans le conduit sans avoir de conséquences graves, et passer longtemps inaperçus.

M. Baratoux. — Ce n'est pas aux médecins seulement qu'on doit recommander de ne pas introduire d'instruments

(1) *Bull. méd. du Nord*, 1881.

dans le conduit pour retirer les corps étrangers; c'est aux parents d'abord, puis aux pharmaciens, qui sont consultés tout d'abord. Dans les cas que j'ai eu l'occasion d'observer, c'est ainsi que cela se passait; naturellement tous les accidents que l'on aurait pu éviter se sont produits; et j'ai vu encore, il y a quelques jours, un enfant qui, s'étant introduit un haricot dans l'oreille, avait eu le tympan complètement détruit par les manœuvres faites pour l'extraire.

M. Garrigou-Désarènes. — J'ai été appelé, depuis longtemps, à retirer un très grand nombre de corps étrangers des conduits auditifs; j'ai toujours réussi en employant simplement les injections d'eau tiède. Une seule fois j'ai dû recourir, en même temps qu'aux injections poussées alors par la trompe d'Eustache, à l'emploi d'une petite tige de fer un peu recourbée à son extrémité, pour imprimer quelques mouvements au corps étranger.

Il s'agissait de la monture en os qui termine le crayon des carnets.

Le malade, un acteur, avait eu la malheureuse idée de se gratter le conduit auditif avec son crayon; le bout en os, long d'un centimètre, s'était détaché et était resté dans l'oreille. On avait voulu l'extraire avec des pinces et on avait réussi à le pousser plus loin, à déchirer le tympan et à pousser la partie élargie jusque dans la caisse.

Je pratiquai, comme de coutume et sans succès, des injections d'eau tiède. Le lendemain, assisté du Dr Bastin, qui choroforma le blessé, j'employai plus de trente litres d'eau inutilement. Alors avec un de ces petits crochets dont se servent les dentistes, j'espérai accrocher le bout d'os par le pas de vis que j'apercevais; mais il était comme enchâssé dans la caisse et je ne pouvais lui imprimer aucun mouvement.

Pendant quinze jours je fis faire au malade trois injections d'un litre par jour d'eau avec 1 gr. pour mille d'acide chlorhydrique.

Je touchai de nouveau alors avec le petit crochet le bout d'os qui remuait un peu dans la caisse; mais ces injections

par le conduit auditif ne le ramenaient pas. Je fis alors une injection à l'aide d'une sonde bien placée dans la trompe d'Eustache, le corps étranger sortit à moitié de la caisse et je pus le ramener avec mon petit crochet.

Le malade guérit complètement et retrouva l'audition de ce côté.

Contribution à l'étude des corps étrangers de l'oreille, par M. le Dr Duhourcau (de Cauterets).

Un matin du mois d'août dernier, au point du jour, je fus appelé auprès d'une dame qui, depuis minuit, souffrait de douleurs vives et de bruits intolérables dans l'oreille, survenus tout d'un coup. Prévenu de ce dont il s'agissait, je pris mon spéculum *auris*, avec l'idée de me servir comme calmant, du chloroforme.

En arrivant chez ma cliente, je la trouvai dans un état d'agitation extrême, faisant les cent pas dans la chambre et prête, disait-elle, à devenir folle. Voici ce qu'elle me raconta : La veille, elle avait passé sa soirée à mettre en bouquets des fleurs des champs qu'elle avait cueillies le jour même. Vers dix heures elle s'était couchée très bien portante, et, comme d'habitude, elle avait suspendu ses robes et jupons au-dessus de son lit. Elle avait dormi fort tranquille jusque vers minuit, lorsqu'elle fut réveillée en sursaut par un bruit insolite, formidable qu'elle perçut dans l'oreille gauche et qui ne tarda pas à être accompagné de douleurs extrêmement vives. Pensant qu'elle avait une bête (*sic*) dans l'oreille, elle avait essayé de l'en tirer avec une épingle à cheveux, avec un cure-oreilles, mais sans succès. De guerre lasse, fatiguée et découragée par ce bruit étourdissant et par les souffrances qui duraient presque sans trêve, elle se décida à me faire appeler.

Je demandai une lumière, et introduisant le spéculum avec précaution, ce qui fut facile et nullement douloureux, j'aperçus dans l'axe de celui-ci, à une distance assez rapprochée du pavillon, un point noirâtre, entouré d'un cercle de couleur assez semblable à celle de la peau de l'oreille elle-même, et d'un autre cercle extérieur ombré.

Pensant calmer la douleur qui ne cessait point, j'instillai deux gouttes de chloroforme dans l'oreille, sans déplacer le spéculum qui me facilita cette introduction. Un mouvement brusque de la malade prouva que le contact du liquide avait réveillé la douleur, mais elle fut extrêmement fugace, et immédiatement tout bruit intérieur cessa : la malade fut la première à le dire tout haut, en accusant un grand soulagement. Laissant toujours le spéculum en place, je fis alors une injection avec un irrigateur plein d'eau tiède, et je ne tardai pas à voir tomber dans la cuvette, avec l'eau qui s'y écoulait, le corps du délit, lequel n'était autre qu'une larve d'insecte, de couleur claire, semblable à celle de la peau humaine, longue de 15 à 16 millimètres, munie de plusieurs paires de pattes, de mandibules, et marquée d'un point noir à l'extrémité postérieure du corps : ce point noir était celui que j'avais vu dans le spéculum.

C'est cette larve qui, tombée la veille au soir d'une fleur sur les vêtements de ma cliente, était restée maintenue dans les plis jusqu'au moment du sommeil, et tombant alors sur le lit, avait fini par s'introduire malencontreusement dans l'oreille de la dormeuse, et occasionné les péripéties que je viens de raconter.

Cette observation, quoique des plus communes dans son espèce, m'a paru intéressante à rapporter, d'abord pour son étiologie, si je puis dire, c'est-à-dire à cause des circonstances particulières qui ont amené la pénétration de la larve dans l'oreille; — puis, à cause de la rapidité avec laquelle tous les phénomènes inquiétants qui l'avaient suivie et commençaient à retentir sur le moral de ma cliente, ont disparu subitement par l'introduction d'un peu de chloroforme dans l'oreille, celui-ci ayant tué immédiatement l'insecte, mis fin à ses mouvements, et en même temps calmé l'hyperesthésie de la muqueuse auriculaire; — enfin pour la facilité avec laquelle l'insecte mort a été entraîné au dehors par l'injection d'eau tiède, quand des tentatives répétées d'extraction avaient été auparavant inutiles, lui vivant : il est vrai que l'introduction du spéculum, assez heureuse du premier coup pour engager

dans la lumière de l'instrument la partie postérieure du corps de l'insecte, avait facilité toutes les manœuvres, et pour l'examen local et pour le traitement !

M. le Dr Baratoux fait une communication sur **les gommes du tympan.**

Ayant fait une étude spéciale de la syphilis de l'oreille, dont une partie déjà a été publiée dans la *Revue mensuelle d'Otologie et de Laryngologie*, j'ai recherché dans les auteurs les observations de gommes de l'oreille externe. J'ai été frappé du nombre restreint de cas qui sont cités pour le conduit; quant au tympan, il n'en est pas question, à ma connaissance, tout au moins. Aussi désirai-je appeler l'attention de la Société sur un cas de gomme du tympan, que j'ai eu l'occasion d'observer chez une femme entrée dans le service de mon maître, M. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis, pour se faire traiter d'accidents syphilitiques.

Cette malade présentait une série de petites gommes suppurées au niveau de l'oreille droite. Cinq de ces petites tumeurs siégeaient sur la joue, au devant de l'oreille. Elles étaient placées les unes au-dessus des autres et se touchant presque. Une sixième était placée sur l'apophyse mastoïde et trois autres étaient situées l'une dans la conque, au niveau de la racine de l'anthélix, et les deux autres à la partie inférieure de l'entrée du conduit auditif externe, sur chacune de ses parois. Ces deux dernières, placées vis-à-vis l'une de l'autre, se touchaient, de manière à oblitérer une partie de la lumière du conduit.

Toutes ces gommes dataient de six semaines à l'exception des deux dernières qui avaient fait leur apparition depuis une huitaine de jours, au dire de la malade. Elles étaiont en suppuration au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital.

La patiente nous dit qu'elle n'a jamais éprouvé aucune douleur dans l'oreille; mais depuis six mois elle a constaté que son audition baissait, surtout à droite.

En examinant le tympan, le 8 octobre 1884, nous constatons à la partie postéro-inférieure une petite tumeur ovoïde, saillante, à grand diamètre, dirigée en bas et en avant. Elle est légèrement opalescente, à bords nettement limités.

En avant du manche, au niveau de son extrémité inférieure, est une petite exulcération arrondie, à bords saillants, et recouverte de matière visqueuse d'un blanc jaunâtre.

En ce point, le tympan n'est pas perforé, comme nous pouvons nous en assurer, non seulement par la vue et le cathétérisme, mais même par l'attouchement direct avec le stylet.

Le tympan ne présente aucune altération dans sa coloration, si ce n'est qu'il semble un peu plus blanchâtre qu'à l'état normal; nulle trace d'inflammation.

Les jours suivants je peux suivre le développement de la tumeur postérieure qui s'ulcère à son sommet pour laisser sourdre quelques gouttes de pus mal lié, rougeâtre, sanieux (11 octobre).

Le 14, l'ulcération s'est agrandie dans le sens de son diamètre. Son bord postéro-inférieur paraît très saillant.

Après nettoyage de l'oreille on peut voir sourdre par la pression avec le stylet une matière grumeleuse et rougeâtre.

Pendant ce temps, la petite ulcération antérieure se cicatrisait sans trace de perforation.

Du côté de l'oreille gauche, nous avons trouvé dès le début le tympan sclérosé, à la partie postérieure principalement. A sa partie inférieure, près du cadre osseux, on pouvait constater une petite perforation de laquelle s'écoulait du pus en petite quantité.

Dès son entrée à l'hôpital, la malade avait été soumise par M. Besnier au traitement spécifique qui ne tarda pas à produire une grande amélioration dans l'état de la malade, car les gommes de la joue furent vite en bonne voie de guérison, et celles de la conque et du méat s'af-

faissèrent rapidement au point de rendre au conduit sa lumière normale.

Je n'ai pas eu l'intention de faire ici l'historique, court du reste, des gommes de l'oreille, j'ai voulu simplement signaler les gommes du tympan dont je ne connais pas d'exemple dans la littérature médicale; je crois au reste que les caractères de ces petites tumeurs ulcérées ne peuvent être attribués à une autre affection jusqu'ici connue de l'oreille.

De l'emploi de l'aluminium acetico tartaricum et de l'aluminium acetico glycerinatum dans les affections du nez, par M. le Dr MAX SCHÆFFER (de Brême).

Petits morceaux sans couleur, brillants, semblables à la gomme et sentant l'Acidum aceticum; d'un goût sucré et astringent.

Egalement solubles dans peu ou beaucoup d'eau ; insolubles dans l'alcool, l'éther et la glycérine. Des solutions de toutes concentrations dans l'eau peuvent se conserver un temps illimité. En chauffant la solution, la décomposition a lieu, c'est pourquoi il faut employer de l'eau froide.

La préparation est constante, mais doit être gardée dans des vases bien clos, sans quoi elle deviendrait difficilement soluble à cause de l'évaporation de l'Acid. aceticum.

ALUMINIUM ACETICO GLYCERINATUM SICUM

Poudre blanche, hygroscopique, plus faible que la précédente en odeur et en saveur. Facilement soluble dans l'eau, mais les solutions ne sont pas aussi durables que celles de l'Aluminium acetico tartaricum.

(A conserver dans des vases bien fermés. — Athenstædt, pharmacien.)

Les médicaments précédents ont été essayés par moi pendant six mois chez un nombre de malades. J'essaierai dans ce qui suit d'en décrire l'effet sur les muqueuses de l'appareil respiratoire supérieur, et de donner les indica-

tions sur leur emploi pour certaines formes de maladies de celui-ci.

J'ai employé ces remèdes purs, sous forme de poudre, d'abord contre les maladies les plus diverses, puis, après une connaissance plus approfondie de leur effet, j'en ai fait usage dans les maladies indiquées plus spécialement ci-dessous.

Plus tard, j'ai fait essayer l'Aluminium acetico tartaricum en solutions de différentes forces, et il a été prouvé d'une manière assez évidente, que mes conclusions dans la première série d'essais, ont été justes.

Quand on applique l'Aluminium acetico tartaricum sous forme de poudre légèrement cristalline sur les muqueuses du nez et du larynx, celles-ci ont l'air, au bout d'une demi-minute, blanches, blanc gris, comme cautérisées.

Ce prompt effet provient de la grande solubilité du médicament.

Dans cet état, les malades ont un sentiment de sécheresse.

Mais bientôt commence une abondante sécrétion séreuse du nez durant plusieurs heures. Celle-ci fut si abondante chez plusieurs malades, que les narines rougirent et s'excorièrent; en répétant l'insufflation au bout de 48 heures, un eczéma se développa à la lèvre supérieure.

Une fois les secrétions séreuses passées, la muqueuse du nez redevint sèche.

A peu près au bout de 48 heures, de petites escharres commencèrent à se détacher. Je remarquai d'abord ceci par l'emploi répété de ce remède chez le même malade.

Les demandes que je fis ensuite à mes malades à ce sujet, même à ceux où le remède avait été moins souvent employé, donnèrent le même résultat.

Pendant le détachement de ces petites escharres, de légers saignements capillaires eurent quelquefois lieu.

La sécrétion prit alors un caractère muco-purulent, le

reste des escharres se détacha en même temps que des croûtes; comme il s'en forme habituellement dans les catarrhes chroniques du nez, dans l'Ozaena et dans la Pharingitis sicca.

Après un emploi plus prolongé dans l'ozène, les croûtes devinrent plus minces, plus rares et se détachèrent plus rapidement qu'autrefois, la muqueuse, déjà atrophiée, eut l'air plus normal et plus frais.

En même temps l'odeur fétide de la sécrétion de l'ozène se perdit plus vite qu'après un autre traitement.

En 5 à 6 jours, l'effet du remède et le changement occasionné par celui-ci est entièrement passé; la muqueuse saine, a de nouveau son aspect normal, celle qui était enflammée a pâli, est plus tendue sur les conques nasales et sécrète moins.

Dans la première période, après l'emploi de ce remède, plusieurs malades se plaignirent de douleurs dans la tête et dans le nez, c'étaient des malades atteints de léger catarrhe chronique nasal.

Après avoir exclu ces malades du nombre des essais et après avoir employé ce remède au plus deux fois par semaine, je n'ai plus jamais entendu de plaintes.

Dans les Laryngitis acuta, le médicament a un effet semblable à Solutio Argenti nitrici 1 : 5 Aqua distillata.

Il se produit une cuisson désagréable, un sentiment de chaleur qui dure quelque temps.

D'abord la muqueuse du larynx devient sèche, tandis qu'une sécrétion abondante se produit plus tard.

L'effet en est d'une plus longue durée que celui occasionné par Solut. Argenti nitrici ci-dessus nommée.

Je suis revenu de l'application du médicament dans le larynx, à l'exception du cas de laryngite avec sécrétion abondante muco-purulente et formation de croûtes, ayant trouvé qu'ici nos remèdes éprouvés méritent la préférence.

Après les essais faits sur quelques centaines de personnes, j'ai trouvé que l'Aluminium acetico tartaricum

était très efficace dans toutes les maladies de l'appareil respiratoire supérieur avec formation de croûtes; j'en désignerai l'effet comme caustique-astringent.

L'effet en fut surtout surprenant dans l'Ozaena et surpassa celui de tous les remèdes que j'avais employés jusque-là dans cette maladie.

Il est évident, qu'il faut en attribuer la cause à l'effet fortement désinfectant du moyen.

Déjà en 1881, cet effet désinfectant fut reconnu, surtout par M. Schéde à Hambourg. Celui-ci, après de nombreux essais à sa clinique chirurgicale, désigna, dans une lettre à M. Athanstædt, ce remède comme «un excellent antiseptique, sans aucun effet secondaire désagréable.»

Il s'en est servi avec succès surtout chez les enfants et partout où l'emploi de l'Acide phénique n'eût pas été sans danger.

Le prix encore élevé de ce médicament empêcha seul, à cette époque, d'en faire un usage plus général.

N'ayant jamais remarqué non plus d'effets fâcheux dans l'emploi sous forme de poudre pure, je n'hésitai pas à faire usage de ce remède très soluble pour rincer le nez et pour gargariser.

J'espérais surtout trouver un équivalent pour le chlorate de potasse employé dans le cas d'ozène.

On doit toujours se servir du chlorate de potasse avec précaution, à cause de ses qualités vénéneuses. Quoique les malades n'avalent rien de la solution en se rinçant le nez, un effet nuisible sur l'organisme général n'est néanmoins pas totalement exclu, parce que dans le cas d'ozène l'emploi en dure quelquefois plusieurs années.

Pour le rincement du nez, je fis faire usage d'une solution de 50 °/₀ d'Aluminium acetico tartaricum, une cuillère à café à 7 1/2 dans un litre d'eau tiède.

D'après le dire de tous les malades, l'effet en est bien plus efficace que celui des solutions de chlorate de potasse.

Les croûtes se détachent plus facilement, disparaissent

peu à peu sans l'emploi simultané de tamponnements de Gottstein, la muqueuse atrophiée prend une teinte plus normale, devient plus riche de sang, l'odeur fétide disparaît bientôt.

Dans des cas de catarrhes chroniques du nez et du pharynx avec abondante sécrétion muco-purulente et formation de croûtes, souvent accompagnées de Pharyngitis sicca, je fis emploi, avec grand succès, pour rincer et gargariser, d'une solution de 20 °/o, 10 gouttes dans 200 grammes d'eau.

Quant à l'Aluminium acetico glycerinatum siccum, l'effet en est, par rapport au premier remède, comme 1 : 5; c'est-à-dire que le premier est cinq fois plus fort. Je me servis de ce dernier comme insufflations dans les simples catarrhes chroniques du nez. Il est plus efficace que l'Alun. Je ne le fis pas employer, jusqu'ici, en solutions, à cause de son prix élevé.

Les malades se sont vite habitués au goût spécifiquement acide des deux médicaments et ne le trouvent nullement désagréable. Je voudrais engager par ceci mes collègues de spécialité, à faire un examen plus ample de ces deux remèdes.

Mon ami, le Docteur Lange, à Copenhague, a fait depuis trois mois des essais dans les deux maladies, par moi mentionnés, et en a obtenu les mêmes résultats.

Séance du 4 avril 1885.

Présidence du Dr Schiffers (de Liège).

M. Duhourcau (de Cauterets), fait une communication sur la **Phymie laryngée traitée par les Eaux sulfureuses et la Trachéotomie.**

Rarement les médecins thermaux ont, dans leur clientèle de passage, l'occasion, peu désirable d'ailleurs, de recourir, pour sauver leurs malades, à l'opération de la trachéotomie : celle-ci, du reste, n'est pas fréquemment indiquée chez l'adulte. Ces considérations, m'en-

gagent, Messieurs, à vous communiquer l'observation suivante, avec les quelques réflexions qu'elle m'a suggérées.

Observation. — Le 4 juillet dernier, M. P..., du Mans, se présentait à moi, à Cauterets, avec une lettre de son médecin, M. le Dr M..., qui me disait, entre autres détails, que son client, atteint de pneumonie en 1870, avait, depuis, presque constamment toussé et avait eu plusieurs hémoptysies.

M. P... a quarante-deux ans; grand, sec, maigre, il est presque aphone depuis trois mois, après avoir perdu et recouvré sa voix à plusieurs reprises dans le courant de l'année. Comme antécédents, il me dit qu'il a eu un goître, guéri sans laisser de traces; jamais de chancres ni de syphilis.

M. P... porte cependant de petites tumeurs papillomateuses dures, sur l'index et le médius de la main droite, sur le pouce et l'index gauches. Ces tumeurs avaient été à un moment beaucoup plus volumineuses, et opérées par le Dr Besnier, à l'hôpital Saint-Louis.

Deux jours avant son départ pour Cauterets, à la suite d'un emportement, il a eu une crise d'oppression forte, angoissante, avec des palpitations cardiaques vives.

L'état général n'est pas trop mauvais, bien que l'appétit manque. Les digestions sont régulières, il n'y a ni diarrhée, ni sueurs anormales, ni fièvre.

A l'examen de la poitrine, le poumon gauche offre un état assez satisfaisant; mais à droite, sur les 2/3 supérieurs en arrière, je constate une matité prononcée, moindre ou presque nulle en descendant vers la base. L'auscultation révèle du souffle caverneux dans les fosses sus et sous-épineuses; et sur les 3/4 inférieurs en arrière, des gargouillements nombreux et des râles fins. De même en avant. Le poumon droit est donc gravement compromis. La toux n'est pas fréquente, sauf le matin; et l'expectoration, bien qu'épaisse et jaune, est peu abondante.

L'examen de la gorge, qui n'avait jamais été pratiqué

jusque-là au laryngoscope, devait me révéler des phénomènes importants. Le pharynx est pâle et finement granuleux sur sa paroi postérieure. L'épiglotte est très pâle aussi. L'aryténoïde droit (même côté que le poumon malade) est gonflé, un peu rouge; la fausse corde du même côté, très infiltrée, forme comme une tumeur grise rosée, qui recouvre complètement la vraie corde vocale. Du côté gauche, l'aryténoïde et la muqueuse vestibulaire paraissent à l'état normal; la corde vocale est assez blanche, mais dans les efforts de phonation elle ne se rapproche pas complètement, et laisse dans son tiers postérieur un petit triangle glottique ouvert. Il semble donc y avoir paralysie partielle des constricteurs.

Le traitement thermal, très modéré d'abord par la boisson matin et soir, a compris des gargarismes, une pulvérisation au tamis de dix, douze, quinze minutes tous les deux jours, alternativement avec un humage (inhalation) de même durée, chacun suivi de bains de pieds de cinq minutes. Un bain, court au cinquième jour, repété deux fois dans les cinq jours suivants. Je conseillai en outre des frictions d'iode sur le cou et le haut de la poitrine à droite, tous les deux jours. J'insistai sur l'alimentation, recommandant, dans l'intervalle des repas, la poudre de viande de Rousseau à titre supplémentaire.

Après cinq jours, l'appétit et le sommeil étaient déjà meilleurs. La gorge avait éprouvé cependant une légère excitation; la toux et l'expectoration avaient été comme d'habitude un peu augmentées, mais la voix était moins fatiguée et la respiration plus facile.

Au douzième jour du traitement, les phénomènes d'excitation avaient disparu, l'état général était bon sous tous les rapports, les forces augmentées. Mais l'état local, tant laryngien que pulmonaire, était fort peu modifié : il y avait néanmoins tendance à l'amélioration, Voulant agir localement, je pratique un attouchement du larynx avec de la glycérine créosotée, lequel est très bien supporté; et par ailleurs, en augmentant un peu la dose de boisson sulfureuse, je remplace les bains par une grande douche à prendre tous

les deux jours, à César, en arrosoir tempéré à 33° sur le haut du corps, combiné avec un jet chaud sur les pieds durant six à huit minutes.

Du 15 au 27 juillet, ce traitement produit des effets excellents sur l'état général ; l'appétit, le sommeil, les forces sont revenus, et avec eux l'espoir. Le malade est plein d'illusions, mais l'amélioration que je constate dans l'état du larynx et du poumon droit est loin de marcher aussi vite.

Elle s'accusait cependant, lorsque le 27 juillet, vers cinq heures du soir, sans avoir fait dans l'après-midi son traitement sulfureux, M. P... est pris tout d'un coup d'un étouffement vif, avec sensations de resserrement à la gorge, cornage, etc. Cet état dure toute la nuit, et le lendemain matin se complique de dysphagie. Le 28, à 2 heures du soir, au moment où je vois le malade, l'auscultation révèle partout une respiration faible et gênée ; et l'examen du larynx montre la fausse corde du côté droit, à surface légèrement mamelonnée, toujours très gonflée, obstruant la glotte ; la corde gauche se voit à peine, tandis que la fausse corde du même côté est elle-même plus rouge et infiltrée. Dans la phonation elle semble se rapprocher davantage de la ligne médiane, mais en laissant cependant un espace glottique, linéaire, à bords sinueux et recouverts de mucosités épaisses et purulentes.

Dès ce moment je fais suspendre le traitement hydro-sulfureux, panse le larynx avec de la glycérine créosotée et engage le malade à rentrer dans sa famille.

Ce conseil n'est pas suivi. Le lendemain 29 juillet, le cornage est plus accusé et la glotte ne forme plus qu'une ligne étroite, sinueuse, dont le bord droit est œdématié, et la partie antérieure obstruée par du pus. Je pratique un attouchement à la morphine, qui amène un soulagement momentané, et j'insiste pour que M. P... rentre de suite au Mans.

Le 30 juillet, étouffements plus prononcés : l'examen local montre le larynx plus engorgé. Je pratique encore un attouchement morphiné, mais il est suivi d'une oppression vive, dyspnée forte, etc., de laquelle M. P... est assez long à se

remettre. En arrivant près de son hôtel, sur la rue, il est pris d'une syncope et tombe à terre. Le médecin le plus rapproché, le Dr Fleurin, est appelé, et j'apprends de lui ce qui vient de se passer. A 6 heures du soir, l'oppression et le tirage ayant augmenté au point de rendre l'asphyxie menaçante, je propose la trachéotomie comme dernière ressource au malade, qui l'accepte. MM. les docteurs Fleurin et Sénac-Lagrange, appelés en consultation, devant les dangers que présente ici cette opération et les chances nombreuses défavorables, malgré que j'insiste sur celles qui plaident en sa faveur, se déclarent contre la trachéotomie.

La nuit est excessivement pénible jusqu'à 5 heures du matin. A ce moment la respiration devient un peu plus libre; j'avais fait prendre une potion eupnéique à l'iodure de potassium. Mais le malade, qui ne s'est pour ainsi dire pas alimenté depuis trois jours, est très faible.

Devant les lueurs d'espoir que semble donner cette légère amélioration, je songe à fortifier le malade, et dès ce moment je pratique, avec un tube de Foucher que j'improvise, l'alimentation artificielle, d'abord avec deux œufs dans du lait, puis avec des doses croissantes de poudre de viande Rousseau délayée avec des œufs et du lait, et prise cinq fois par jour.

Jusqu'au samedi 3 août, le malade semble aller de mieux en mieux et reprendre des forces. Ce jour-là, à 3 heures du soir, sans cause appréciable, la dyspnée augmente de nouveau et très rapidement. A 7 heures, MM. Fleurin, Sénac et moi étions forcés de recourir à la trachéotomie. L'opération fut faite sans anesthésie préalable, au bistouri, rapidement, sans difficultés et sans accidents. Grand bien-être pour le malade. Mais une toux fatigante se montre une heure après. Dernière alimententation artificielle à 9 heures, qui remonte un peu l'opéré.

A partir de minuit la respiration redevient gênée; une crise provoquée par un commencement de pneumonie, menace d'emporter le malade. A 4 heures du matin, je suis appelé pour constater un engagement pulmonaire croissant et

le commencement de l'agonie. A 5 heures, le malade était mort.

L'autopsie ne put être faite, malgré mon vif désir de constater et d'examiner les lésions laryngées.

Réflexions

L'opération pratiquée quatre jours plus tôt, aurait-elle eu plus de chances de succès ? C'est possible, mais ce n'était plus qu'une question de quelques jours de survie pour le malheureux poitrinaire, condamné malgré tout à une mort prochaine. J'avais espéré, en opérant, en outre du soulagement rapide et considérable apporté au malade, lui permettre de regagner son foyer.

La pneumonie qui l'a emporté en si peu d'heures, après l'opération, ne serait-elle pas survenue quatre jours auparavant? Quoi qu'il en soit, et malgré leur répugnance première à opérer, mes confrères et moi avons répondu à ce que je considérais comme une indication formelle, et fait ainsi notre devoir.

La trachéotomie chez les tuberculeux, dirigée principalement contre l'œdème de la glotte, et pour parer à une asphyxie menaçante, est une opération qui a été pratiquée maintes fois, avec plus ou moins de succès, la survie ayant été au plus de quelques mois pour les opérés. Ces indications ont été nettement déterminées par les auteurs et les praticiens. Dupuytren, dès 1838, avait abordé ce sujet; Fleury en 1844, Obédénare dans sa thèse, en 1866, déclarent qu'il ne faut pas hésiter à opérer. Eugène et Jules Boeckel, dans le *Dictionnaire de médecine de Jaccoud*, Krishaber dans celui de *Dechambre*, sont tout aussi explicites, et ne considèrent pas la tuberculose pulmonaire, comme une contre-indication.

Plus récemment le Dr Gouguenheim, dans une communication à l'Association scientifique, à Rouen, en 1883, et dans ses cliniques laryngologiques de l'hôpital Bichat, a déclaré que, « l'existence de lésions sérieuses du parenchyme pulmonaire ne contre-indique pas l'opération, si

la température est normale, et si les fonctions digestives ne sont pas troublées ». On peut dire d'ailleurs, d'une façon générale, que la trachéotomie est toujours légitime quand on se trouve devant un malade en proie à une suffocation continuelle due à une sténose glottique. C'est d'ailleurs la pratique admise, comme le prouve la trachéotomie, faite d'une part par le Dr Dujardin-Beaumetz, chez un de ses malades, malgré de graves lésions pulmonaires, et à qui elle valut six semaines de survie; et de l'autre par le Dr Gouguenhein, dont le malade, plus heureux, survécut plusieurs mois. (Octobre 1883.)

Le résultat peut même être parfois plus complet et plus bienfaisant; dans la *Revue de clinique médico-chirurgicale*, d'octobre dernier, M. Frédéric Latouche, interne des hôpitaux, a publié, avec d'excellentes remarques, l'observation d'une femme de trente-six ans, qui, atteinte d'œdème glottique dans le cours d'une phtisie laryngée, avec tuberculose pulmonaire au second degré, retira de la trachéotomie pratiquée par lui dans le service du Dr Martineau, le plus grand bénéfice, même pour ses lésions laryngées et pulmonaires; et cependant, durant tout le temps qu'elle porta sa canule, aucun traitement local ne fut institué pour la gorge. Le repos du larynx, la libre respiration des poumons que procure immédiatement la trachéotomie, sont des facteurs importants qui permettent au traitement général d'agir plus sûrement et plus vite.

De leur côté, les laryngologistes étrangers et parmi eux les espagnols, sont tout aussi explicites : dans ses remarquables conférences sur les indications de la trachéotomie, le Dr R. Ariza, de Madrid, compte les sténoses laryngées, et entre celles-ci, les *sténoses phymiques*, à condition qu'elles aient pu être reconnues par le laryngoscope, ou rendues pour ainsi dire certaines par un ensemble de signes rationnels. « Il faut trachéotomiser, dit-il, quelle que soit la maladie, chaque fois que le

larynx est obstrué au point de laisser un trop petit espace pour la respiration. »

Dans les circonstances où je me suis trouvé, j'ai donc suivi les préceptes de l'art et bien que l'opération n'ait donné que des résultats transitoires chez mon client, je n'ai pas à la regretter, puisqu'elle a procuré un soulagement immédiat, durant plusieurs heures, à un pauvre moribond, et qu'elle lui a rendu pendant ce temps un espoir et une confiance déjà complètement perdus.

Au récent Congrès international des sciences médicales, tenu en août dernier à Copenhague, M. le Dr E. J. Moure, a lu une importante communication sur l'emploi des sulfureux dans la tuberculose laryngée, dont les conclusions, tout à fait contraires à cette médication, me paraissent d'un pessimisme exagéré. J'ai cru devoir relever dans ma *Revue d'hydrologie pyrénéenne* (1re année, p. 24, 745 et suivantes), les propositions de mon confrère, inexactes et forcées, surtout en ce qui concerne les eaux de Cauterets. Sans vouloir donner l'observation qui précède comme une preuve de la puissance de nos eaux contre la phymie du larynx, je crois cependant pouvoir en conclure que, utilisées avec choix, prudence et circonspection, elles donnent de bons résultats, temporaires, il est vrai, comme le sont d'ailleurs ceux de toute autre médication dirigée contre cette redoutable maladie, mais satisfaisants et assez marqués pour soulager et réconforter le malade au point de lui rendre ses illusions perdues. Et cependant, chez mon client, dont l'état général assez bon ne m'avait pas obligé à une modération excessive dans les doses de boissons sulfureuses et dans l'emploi des autres moyens hydro-thermaux, j'ai eu une période d'excitation au début; assez légère toutefois pour ne pas m'inquiéter, ni m'obliger à rien modifier au traitement minéral, et tout à fait transitoire, car elle disparut seule au moment même où le malade augmentait la force et les moyens de ce traitement.

Je ne cherchai point à produire d'effets excitants, ni

substitutifs, j'évitai au contraire de ramener l'affection à l'état aigu, ou même subaigu, mode d'action de nos eaux considéré trop généralement comme le seul vrai et le seul favorable. Si j'eusse administré deux verres d'eau de la Raillère par jour dès la première période de la cure, je ne doute pas, avec mon confrère le Dr Guinier, que j'eusse provoqué des phénomènes de réaction locale ou générale, trop vive et préjudiciable. Mais, comme je le fais toujours pour les malades chez lesquels je redoute une congestion facile des poumons ou du larynx, je restreignis beaucoup la dose de boisson de la Raillère, (1/8 à 1/4 de verre dans les huit premiers jours) en la faisant suivre, comme correctif, d'une dose modérée (1/4 à 1/2 verre, soit 50 à 100 grammes) d'eau de Manhourat, eau vraiment anti-congestive, comme l'a dit le premier Gigot-Suard, comme je l'ai confirmé moi-même au Congrès médical de Séville en 1882, et dans bien d'autres circonstances.

Je comprends aisément que le professeur Péter et tous les médecins avec lui, redoutent « les dangers qui peuvent résulter de l'administration *immodérée* des eaux sulfureuses dans la tuberculose pulmonaire », et plus encore, ajouterai-je, dans la phymie laryngée. Mais si ces eaux sont administrées dans des limites rationnelles, avec un choix prudent et bien approprié, aurait-on à craindre ces mêmes résultats fâcheux? Et faudra-t-il rendre un médicament actif et utile responsable d'insuccès relevant uniquement de la façon mauvaise ou imparfaite dont il est employé ou prescrit? De ce que des inhalations de vapeurs sulfureuses ont une influence nocive chez des malades atteints de phymie laryngée, s'ensuit-il que ces inhalations soient *absolument contre-indiquées* dans tous les cas analogues? Quelle est la médication la plus rationnelle, la mieux éprouvée, qui n'ait à son passif des insuccès notoires, et est-ce là un motif suffisant pour renoncer à un remède, parce qu'il a pu nuire quelquefois? Il faudrait à ce compte renoncer à

la médecine, sur quelque terrain et avec quelques moyens qu'on l'exerce.

La congestion du larynx ou du poumon n'est pas, je le répète, le résultat obligé de la médication sulfureuse, pour employer les termes mêmes du Dr E. J. Moure, et cette poussée congestive qu'il a bien raison de craindre pour une phtisie laryngée, même torpide, n'est pas ce que recherchera un médecin prudent. Les cas où cette irritation ne sera pas produite pendant la cure ne sont pas ceux où les résultats définitifs et éloignés de celle-ci auront été les moins satisfaisants.

Si j'admets avec le Dr E. Moure qu'il faut non seulement redouter, mais éviter dans le traitement de la tuberculose laryngée par les eaux sulfureuses, l'action irritante, substitutive de ces eaux, je ne considère pas cependant que ce qui puisse arriver de plus heureux est qu'il n'y ait aucun effet de produit, et je ne puis reconnaître que la conséquence habituelle, dans ces cas, d'une cure sulfureuse nettement indiquée et prudemment dirigée, soit une accélération fâcheuse de la tuberculose du larynx, devenant à la suite miliaire, aiguë, et plus rapidement mortelle. Le cas que je rapporte, malgré sa terminaison funeste, mais brusque, n'infirme pas ma pensée. Car je ne crois pas qu'on puisse rendre le traitement hydro-sulfureux responsable de cet œdème aigu de la glotte survenant brusquement, après vingt-trois jours d'une cure parfaitement bien supportée, ayant produit un remontement général, un mieux-être dont le malade était le premier et le plus enthousiaste à se féliciter. Ce n'était pas d'ailleurs la première crise de ce genre que mon client subissait, car deux jours avant son départ pour les Pyrénées, il avait été pendant plusieurs heures menacé d'asphyxie, et cela sous une simple influence morale. Or à Cauterets, dans l'après-midi dn jour où la crise asphyxique a éclaté, le malade n'avait pas fait, comme d'habitude, son traitement sulfureux, et la suspension immédiate de celui-ci n'avait pas empêché l'asphyxie de suivre son cours.

Quant aux résultats déplorables constatés par le Dr E. J. Moure sur les malades observés par lui à leur retour des Pyrénées, ce n'est pas aux eaux seules qu'il faut les attribuer, mais plutôt, je n'hésite pas à le dire, à la mauvaise direction imprimée à leur traitement thermal, ou mieux et le plus souvent encore, aux écarts trop fréquents de la ligne tracée par le médecin dirigeant, aux excès de traitement et aux imprudences auxquels les malades s e laissent si facilement aller.

Et en cela je suis heureux d'avoir à mon appui l'opinion de mon confrère de Luchon, le Dr F. Garrigou, qui n'hésite pas à conseiller, de préférence à toute autre, les eaux de Cauterets pour les affections de la gorge de nature tuberculeuse. C'est avec soin qu'il faut éviter pour elles les sources sulfurées fortes et excitantes qui peuvent dans ces cas devenir fort dangereuses, mais c'est surtout, ajoute le Dr F. Garrigou, la manière de les administrer qui est fatale aux malades.

Je serai satisfait si ces quelques pages apportent quelque lumière à la délicate et difficile question du traitement de la phtisie laryngée.

M. Moure.— Je relèverai deux points de la communication de M. Duhourcau. Le premier est relatif à la trachéotomie, qui, d'après M. Duhourcau, serait une opération au moins inutile dans la tuberculose laryngée. Je ne saurai sur ce point être de son avis et je crois que l'opération est, dans quelques cas, appelée à rendre de grands services au malade. Je n'ériger ai pas la trachéotomie en méthode de traitement, comme l'a fait le Dr Beverley Robinson, mais je recommanderai et pratiquerai l'opération toutes les fois que les lésions pulmonaires n'étant pas trop avancées l'état de sténose laryngée fera craindre un dénouement fatal.

Le deuxième point est celui relatif à l'administration des sulfureux. L'exemple choisi par M. Duhourcau me semble plutôt venir à l'appui de ma manière de voir que de celle de notre confrère. Ce dernier cite, en effet, l'observation d'un

malade, qui, sous l'influence de la médication sulfureuse, fut pris d'un œdème aigu de la glotte tel, que la trachéotomie dut être pratiquée presque in extremis. N'est-ce pas là une application bien topique de cette conclusion formulée dans ma communication du Congrès de Copenhague, à savoir que les sulfureux suffisaient pour amener une poussée aiguë plus nuisible qu'utile au malade ? Enfin cette réserve qu'apporte M. Duhourcau dans l'administration des sulfureux, cette parcimonie avec laquelle il recommande l'emploi de ces eaux, et les précautions qu'il faut prendre pour en mesurer la portée, ne sont-ce pas là autant d'arguments qui viennent plaider en faveur de ma thèse et montrer les dangers de cette médication dans les cas de ce genre ? Malgré lui et malgré tout, l'auteur est presque obligé de convenir avec moi que les sulfureux sont des excitants dont il faut user avec une modération telle dans la tuberculose laryngée et peut-être pulmonaire, qu'il est, à mon avis, préférable de s'abstenir d'un remède si redoutable dans ses effets et dont on ne peut jamais mesurer la portée exacte.

M. Sénac. — Le cas de M. Duhourcau est un cas de trachéotomie faite in extremis. On ne pouvait agir autrement. Mais il résume en lui-même toutes les considérations faites au sujet des indications ou des contre-indications des eaux sulfureuses dans la phtisie laryngée. Toute indication du traitement thermal dans ce cas réside dans le fait des conditions vitales de l'état local et de l'état général. La production des lésions propres à la phtisie laryngée, est déjà une preuve que les tissus ne sont ni assez forts ni assez sains pour recevoir une action thérapeutique, et je partage l'opinion de M. Moure qui redoute alors l'action nocive du traitement thermal, lequel ne peut provoquer d'action substitutive ; quant au traitement général, il doit être bien peu de chose à l'égard du traitement local qui le limite et le contredit.

Quant à l'action anti-congestive de certaines de nos sources, Mahourat, etc., je ne sais vraiment sur quelle observation clinique ou quelle expérimentation elle s'appuie ! Que chez

des individus en santé, nos sources, ou l'une d'elles, puissent être calmante par suite de l'action tonique qu'elle a produit, résultat d'une stimulation appropriée, d'accord. Mais dans le cas de phtisie générale et locale, qui n'est autre chose qu'un épuisement de la vitalité d'une partie comme du tout organique, ce défaut de vitalité favorise l'action irritante et congestive de l'eau sulfureuse, à quelque variété qu'elle appartienne. Mahourat, comme toutes les sources, est alors toujours irritante, *toujours congestive*, jamais anti-congestive.

M. Garel. — Je ne suis nullement partisan du traitement de la phtisie pulmonaire et laryngée, par les eaux sulfureuses. Cependant je dois citer un malade que j'ai observé dernièrement. Il s'agit d'un homme de 30 à 35 ans environ, de constitution scrofuleuse. Ce malade avait été traité depuis 3 ans par notre regretté collègue le Dr Blanc; il avait alors des signes de phtisie pulmonaire au deuxième degré, et de la laryngite tuberculeuse qui a laissé encore chez lui des troubles de la voix. Ce malade paraît avoir été guéri par Cauterets (deux ou trois saisons).

Il est vrai que le malade a subi un traitement très rigoureux par les pointes de feu sur le sommet des poumons.

M. Moure. — Y avait-il des lésions laryngées dans le cas de M. Garel et quelle en était l'étendue et le siège?

M. Garel. — Je ne sais quel était l'état du larynx chez le malade; actuellement la voix est voilée, les cordes sont un peu rougeâtres, mais le poumon paraît complètement guéri.

M. Delie. — Il n'est nullement permis de conclure à un effet thérapeutique favorable de quelques cas isolés : il est à ma connaissance deux faits de guérison spontanée.

Un brasseur porteur de cavernes occupant les deux tiers du poumon gauche, est considéré comme étant dans un état des plus graves. Je suis très étonné de trouver que cet homme tuberculeux soit dans un état général et même local très satisfaisant depuis huit ans. Il a continué à tousser, mais l'expectoration est nulle et l'état général excellent : il y a une

caverne sèche qui a détruit les deux tiers du poumon gauche. Voilà une guérison par la nature, et sans traitement spécial hydrothérapique.

Le deuxième fait a rapport à une demoiselle guérie par *l'électricité et le traitement tonique*. Il est clair que si ces malades avaient été aux eaux, l'hydrothérapie aurait ces guérisons à son actif.

M. Sénac. — Je vais mieux préciser les conditions d'application ou non des eaux sulfureuses à la phtisie laryngée. Car il ne s'agit pas ici de la phtisie pulmonaire, où l'indication des eaux sulfureuses est parfaitement nette ; les beaux travaux de Pidoux ayant posé ses bases.

Si je m'en rapportais donc aux résultats fournis par la médication sulfureuse dans la phtisie pulmonaire, je dirais que j'ai deux exemples, l'un de caverne cicatrisée par ce traitement, l'autre d'arrêt de la maladie à cette même période comme lésion, et chez ce dernier malade il s'opéra un redressement fonctionnel tel qu'on pouvait le considérer comme un état normal récupéré en fait de fonctions digestives et d'état général des forces. Ici, la caverne venait de se produire.

Si je voyais une phtisie laryngée apparaître pendant une phtisie pulmonaire au premier ou au second degré, ou même au passage du second au troisième degré, *bien que redoutant plus la lésion laryngée que la lésion pulmonaire*, dans ces conditions, je m'adresserais à la médication sulfureuse, cause du résultat obtenu au poumon en semblable occasion. Mais *si peu ancienne que fût l'ulcération laryngée*, je combattrais l'intervention d'un traitement sulfureux comme capable de précipiter le mal.

M. Joal. — S'il y a dans le larynx des ulcérations, peut-on oui ou non conseiller les eaux sulfureuses?

M. Sénac. — Il se peut qu'une ulcération laryngée tuberculeuse ou de nature tuberculeuse, dans certaines conditions de torpidité, puisse recevoir du traitement sulfureux une action substitutive. Certaines cautérisations y arrivent bien

dans certains cas. Mais ce sont évidemment des cas limités dont il faut saisir le degré.

M. Moure. — On vient de parler de cautérisation dans la phtisie laryngée. Je suis, pour ma part, complètement opposé aux cautérisations avec les substances chimiques liquides ou solides, et je crois, du reste, que sur ce point je suis d'accord avec tous mes confrères spécialistes.

Quant au traitement sulfureux, je le repousse *toujours* dans la tuberculose laryngée, quelle que soit la forme (aiguë, subaiguë ou chronique) à laquelle on ait affaire, et, sur ce point encore, tous mes confrères étrangers sont je crois de mon avis, car jamais ils n'ont songé, comme dans nos pays, à employer l'action irritante, substitutive, des sulfureux pour guérir une tuberculose laryngée ou pulmonaire, en courant le risque de voir succomber le malade aux progrès rapide d'un mal autrefois torpide et évoluant avec lenteur.

M. Gouguenheim. — *a.* Au *début*, alors que les lésions sont presque nulles, les eaux thermales peuvent être utiles, mais à ce moment, malgré les procédés d'investigation nouveaux, le diagnostic est toujours des plus difficile, souvent même impossible. Dans ces conditions, le choix de la station thermale est souvent bien difficile.

b. Quand il y a des ulcérations laryngées, il ne faut pas envoyer le malade dans les stations thermales.

Je dirai en outre que, comme M. Moure, je repousse l'emploi des cautérisations liquides, mais j'ai retiré, dans un certain nombre de cas, des avantages très encourageants de l'emploi de la galvano-caustique.

M. Fauvel. — Les caustiques employés dans le cas de phtisie laryngée sont en général plus nuisibles qu'utiles, et amènent souvent des spasmes dangereux ; on a cité des morts subites en Allemagne à la suite de ces cautérisations.

Si je condamne les caustiques chimiques liquides ou solides dont on vient de parler, je suis au contraire très partisan de la cautérisation *galvanique* qui est sans danger et amène les résultats les plus satisfaisants, même dans l'œdème de la

muqueuse laryngienne. Il y a bien des années que j'emploie cette médication à ma clinique, et mon chef de clinique, M. le Dr Coupard, depuis un an, doit publier une grande quantité d'observations à ce sujet.

J'ajouterai que dans les cas de vastes ulcérations tuberculeuses de la langue et du pharynx, qu'aucune cautérisation ne peut arrêter, la galvano-caustique seule les cicatrise.

M. Masseï (de Naples), fait une communication sur **la Cocaïne et la chorée du larynx** (1).

M. Fauvel. — Le chlorhydrate de cocaïne est efficace dans la chorée du larynx, mais son action est fugace; ainsi au bout de trois jours environ, le malade, malgré les attouchements répétés de cocaïne, est repris de sa toux spasmodique dite toux des aboyeurs.

J'en ai eu un exemple frappant il y a quelque temps. Le jeune malade a été obligé de recourir à la cocaïne et de changer d'air, il est allé à Bordeaux, et j'apprends qu'il est guéri.

M. Garel. — J'ai observé une malade atteinte de chorée du larynx, malade hystérique qui prenait des accès durant 24 heures au moins toutes les fois qu'elle absorbait une substance solide ou liquide, à l'exception de l'eau pure. Chez cette malade j'ai obtenu la guérison par l'introduction d'une olive à la partie supérieure de l'œsophage; l'olive retirée, la malade pouvait manger sans prendre d'accès.

J'ai eu l'occasion, il y a 10 ans, de voir un autre cas de chorée du larynx, chez une femme névropathique; chez cette malade j'étais arrivé à trouver une zone sous-claviculaire sur laquelle une pulvérisation d'éther faisait disparaître la chorée en moins d'une minute. Cette malade sortit guérie, mais elle rentra à l'hôpital 8 mois après environ. A cette époque, la pulvérisation d'éther n'avait plus de succès. On obtint la disparition de la chorée par la compression digitale du cou, vers le bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien. Dans ce cas, l'influence thérapeutique ne se faisait sentir que pour 15

(1) Voir *Revue*, p. 344.

à 20 heures environ; 2 ou 3 mois après, cette nouvelle méthode ne réussit plus et la malade sortit de l'hôpital sans être guérie.

M. Aysaguer. — On observe quelquefois des accidents après l'emploi prolongé du chlorhydrate de cocaïne. Chez un malade auquel je faisais deux application par jour d'une solution de cocaïne au 10[me], j'ai été obligé d'en suspendre l'application au bout d'une semaine, et cela pendant trois jours, pour la reprendre ensuite mais d'une façon plus modérée.

M. Moure. — On comprend très bien que la chorée étant une névrose générale à manifestations locales, un traitement local ne puisse amener de guérison définitive. C'est ainsi que dans les cas de M. Garel la pression sur un point sensible du corps, suffisait pour faire cesser la toux choréique, c'était l'hystérie avec ses zones hypnogènes et hystérogènes déjà décrites, et comme l'ont dit plusieurs auteurs, il suffit dans ces cas de trouver le bouton électrique sur lequel il faut presser pour faire jaillir l'étincelle.

M. Joal. — Je crois que dans le traitement de la chorée du larynx, les médications locales sont de peu d'importance; il en est de même des moyens indirects, par exemple de ceux dirigés du côté de la peau. En ce qui me concerne, j'ai obtenu la guérison chez deux jeunes filles hystériques avec toux aboyante très fréquente, en les menaçant de larges cautérisations au fer rouge. J'avais fait antérieurement des applications laryngées sans succès. En agissant sur le moral des malades, la toux aboyante a cessé.

M. Fauvel. — M. Terrier vient de faire connaître que le chlorhydrate de caféïne pouvait remplacer la cocaïne comme anesthésique. Quant à moi, je préfère les préparations d'alcoolature de coca concentrée, dont le prix est minime, aux préparations de cocaïne dont le prix est beaucoup trop élevé. L'alcoolature n'est pas désagréable au goût, n'amène pas

les spasmes, ni cette sensation du gonflement *de boule de coton* dont se plaignent les malades.

M. Baratoux. — J'ai employé déjà, dès le mois de septembre dernier, le citrate de caféïne; mais je n'ai pas obtenu les effets signalés par M. Terrier. La cocaïne est très supérieure à la caféïne.

Je faisais usage de citrate de caféïne à 1/10 et 1/5; certains malades se sont même trouvé mal de l'application de ces solutions dans les ulcérations du larynx. En somme, la caféïne agit beaucoup moins bien que la cocaïne.

La séance est levée.

Le secrétaire, Dr Boucheron.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

PHARYNX,

Une forme précoce de lupus de la muqueuse du voile du palais (*Frühform von Schleimhautlupus des velum palatinum*), par le Dr Krauss, de Berlin.

La malade, âgée de 17 ans, atteinte depuis un an et demi de lupus du nez, présentait un fort bel exemple de lupus précoce de la muqueuse du voile du palais. Au centre de la luette, dit l'auteur, sur une muqueuse anémiée, ne présentant aucune trace d'infiltration, nous trouvons un tubercule de la grosseur d'un pois, produit par la confluence de trois excroissances jaunâtres de la grosseur d'un grain de chènevis; tout près de la luette, sur l'arc palato-glosse, il existe aussi un tubercule isolé ayant, lui aussi, la grosseur d'un grain de chènevis. La cavité naso-pharyngienne et le larynx sont libres.

L'auteur présente cette malade le 21 mai à la Société médicale de Berlin, et M. Kobner, dans le service duquel la malade avait été, fit observer au cours de la discussion, que s'il a découvert si tôt ces tubercules du voile du palais il le doit à ce qu'il fait toujours l'examen de la cavité buccale et pharyngienne chez tous les malades atteints de lupus. — On

doit aussi pratiquer dans ces cas l'examen des fosses-nasales, afin de prévenir les perforations de la cloison. — La malade présentait aussi des ulcérations de la cloison.

M. Kobner traite le lupus avec la cuillère aiguisée, combinée avec le crayon de chlorure de zinc. Souvent aussi il a employé le galvano-cautère, mais il a obtenu par ce moyen des résultats moins satisfaisants. On ne peut confondre le lupus qu'avec la lèpre. La tuberculose miliaire présente en effet un tout autre aspect. (*Berl. Klin. Wochenschrift*, n° 26, et *Intern. Centralbl. f. Laryng.*, etc., n° 7, janvier 1885.) D[r] L. L.

Pharyngite phlegmoneuse, mort subite (*Sudden death in phlegmonous pharyngitis*), par les D[rs] Carrington et Hale White.

Les auteurs en rapportent deux cas : un premier survenu chez un homme de 46 ans. Malade depuis six jours, il mourut subitement. A l'autopsie toutes les parties molles du pharynx étaient œdématiées. Le second chez un homme de 49 ans. A son entrée à l'hôpital il présentait une dyspnée en apparence assez peu intense, mais il y venait de lui-même réclamer la trachéotomie. Il fut pris d'un spasme de la glotte au moment où l'on se préparait à l'opérer. Malgré la respiration artificielle, l'électricité, les injections sous-cutanées d'eau-de-vie, etc., il mourut. (*The Lancet*, 21 fév. 1885.) J. Ch.

Un cas d'Épithélioma primitif de l'amygdale (*A case of primary epithelioma of the tonsil*), par F. Donaldson.

Le cancer de l'amygdale est rare; il n'en existe dans la science qu'un petit nombre d'exemples. Lorsqu'on le constate il est le plus souvent secondaire. L'auteur rapporte un cas d'épithélioma primitif de l'amygdale gauche observé par lui à sa clinique sur un homme de 64 ans; l'amygdale était considérablement hypertrophiée, divisée en deux lobes par une fissure sans ulcération.

Le malade éprouvait de la gêne à la déglutition. L'auteur porta le diagnostic d'hypertrophie simple et en enleva une grande partie à l'anse froide ; le malade partit pour revenir bientôt se plaignant de douleurs et de gêne à la déglutition,

douleur s'irradiant dans l'oreille correspondante ; la tumeur, bien que peu volumineuse, était très dure. L'auteur en enleva une bonne partie ; l'examen histologique démontra qu'on avait affaire à un épithélioma. Au reste, la tumeur ne tarda pas à envahir la langue et les piliers. Il estime que la première intervention a certainement prolongé la vie du malade.

L'auteur a soigneusement compulsé la littérature médicale, il n'a pu trouver que 71 cas de cancer primitif de l'amygdale (*The Med. Record,* 7 mars 1885). J. Ch.

De l'amygdalite et de ses relations avec les accès fébriles de l'enfance (*Tonsillitis in relations to febrile attack in childhood*), **par le Dr X.**

L'amygdalite est une cause fréquente et trop souvent méconnue des accès de fièvres qui surviennent chez l'enfant. Lorsqu'un accès de fièvre survient chez l'enfant et qu'un examen attentif a permis au clinicien d'exclure toute affection inflammatoire des trois grandes cavités splanchniques, il est souvent tenté de se payer de mots et le terme *fébricule* arrive aussitôt sur sa lèvre. Dans les cas de ce genre, bien que l'enfant ne se plaigne en aucune façon de sa gorge, il trouvera à l'examen de cet organe l'explication de l'accès, il constate souvent alors une inflammation des amygdales qui lui donne l'explication des symptômes fébriles. Souvent la douleur et les signes objectifs de l'inflammation gutturale ne se manifestent que deux ou trois jours après le début des accès fébriles.

L'accès peut débuter par un état de langueur, la perte de l'appétit, ou bien par des vomissements et même des convulsions. Au début, à l'examen de la gorge, on constate simplement de la rougeur, accompagnée d'un léger gonflement de la luette et des amygdales qui ne tardent pas à se recouvrir d'une sécrétion purulente et à présenter tous les caractères de l'amygdalite folliculaire. Le traitement de ces accès aigus ne présente pas d'indications spéciales, mais dans les cas d'hypertrophie l'ablation des amygdales est formellement indiquée,

elle diminuera et même pourra faire complètement disparaître les attaques aiguës. (*The med Times*, 10 janv. 1885.)

J. Ch.

Rapport sur un cas de corps étranger du pharynx (*Report of a case of foreign body in the pharynx*), par le Dr Walter F. Atlee.

Les cas ne sont pas rares dans lesquels les malades se plaignent d'avoir à la gorge un corps étranger qui n'existe pas. Cette sensation vient de ce que ce dernier, en passant, a érodé la muqueuse, et le malade en ressent une gêne qui lui fait croire à sa présence. Toutefois, lorsqu'un malade arrive se plaignant d'avoir un corps étranger dans le pharynx, le médecin doit pratiquer un examen minutieux et s'assurer de son existence ou de son absence. Les plus graves accidents pourraient survenir s'il passait inaperçu.

L'auteur rapporte l'observation d'un enfant qui mourut par la faute du médecin qui n'avait su reconnaître et enlever à temps un corps étranger enfoncé dans la paroi supérieure du pharynx (*Med. Times*, 21 mars 1885). J. Ch.

Observations cliniques d'affection de la gorge et du nez (*Clinical cases of diseases of the throat and nose*), par le Dr Hunter Mackensie.

Le Dr Hunter Mackensie rapporte plusieurs cas d'affections de la gorge et du nez. Entre autres un cas *de laryngite aiguë* à la suite de l'ingestion d'une aiguille. La trachéotomie fut nécessaire, le malade guérit.

Un cas d'érysipèle de la face à la suite d'une rhinite chronique. — Il rappelle que Fraënkel a le premier signalé dans son article sur les maladies du nez de l'encyclopédie de Ziemssen, la possibilité de la production d'érysipèle venant compliquer une inflammation chronique des fosses nasales. Il termine par des considérations *sur le traitement du catarrhe naso-pharyngien* et sur le diagnostic de la tuberculose laryngée. (*Edinburg Med. Journal*, novembre 1884.) J. Ch.

NEZ.

L'eczéma de l'entrée du nez (*Eczema introïtus narium*), par le Dr W. Kiesselbach

La peau se prolonge dans l'intérieur du nez, s'étend en haut sur la surface interne des ailes jusqu'à leur bord supérieur et en arrière presque jusqu'à l'extrémité antérieure du cornet inférieur. De même, la cloison en est aussi revêtue. Il en résulte que ces parties sont sujettes aux mêmes maladies que toute la peau qui recouvre l'extérieur. L'eczéma, si fréquent à l'entrée du nez, est ordinairement dû à une rhinite aiguë ou chronique et s'y manifeste sous ses différentes formes et à ses diverses périodes. La gravité de l'eczéma aigu est en rapport avec l'intensité et la période de la rhinite. C'est surtout la première période du coryza avec la sécrétion aqueuse, qui donne lieu à une rougeur inflammatoire et à un gonflement de l'entrée du nez.

Il se forme des excoriations, des rhagades, s'étendant surtout sur le plancher du nez, très en arrière, et l'on voit apparaître de petites vésicules et de petites pustules, laissant des croûtes après elles. Cet eczéma aigu guérit avec le catarrhe nasal ou se transforme en eczéma chronique. Ce dernier persiste longtemps sur la paroi interne du bout du nez et là où le plancher commence.

A la suite de l'irritation continuelle occasionnée par cet eczéma, la lèvre supérieure devient grosse et épaisse ou bien s'hypertrophie, et cette hyperplasie est rattachée par les auteurs à la scrofule. Parfois aussi le nez devient rouge et gonflé, il s'y forme des furoncles. Très souvent, l'auteur a reconnu que des récidives d'erysipèle de la face, étaient dues à un eczéma de la paroi interne de l'entrée du nez. Souvent, disent Hébra et Kaposi, certaines affections de la muqueuse nasale sont consécutives à un eczéma. On rencontre aussi de légères hémorrhagies provenant de ces gerçures et excoriations. Tout cela justifie l'importance du diagnostic et du traitement d'un eczéma. Dans le cas d'eczéma aigu, l'auteur recommande simplement des remèdes tégumentaires (Vaseline, suif chauffé, etc). Dans l'eczéma subaigu ou chronique, il ordonne des ba-

digeonnages avec l'onguent diachylon de Hebra ou avec la pommade au précipité blanc. Ces badigeonnages, il recommande de les faire avec un bâtonnet en verre de l'épaisseur d'un porte-plume. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 2, 1885.)

Dr L. L.

Du prétendu eczéma de l'entrée du nez (*Das sogenannte Eczem des Naseneinganges*), par le Dr W. Moldenhauer.

En opposition à la description sur ce sujet de M. Kiesselbach, l'auteur dit que c'est presque toujours le sycosis et non l'eczéma qu'on rencontre chez l'adulte à l'entrée du nez. Chez les enfants, surtout s'il existe d'autres signes de scrofulose, on peut penser à l'eczéma, mais, si l'affection reste limitée à l'entrée du nez, on doit songer aussi au sycosis.

Le sycosis de l'entrée du nez, offre les mêmes symptômes que celui des autres parties du corps. Il donne lieu autour des poils, à la production de petites pustules, qui, une fois vidées, laissent après elles des croûtes. On voit très bien que chaque pustule est percée par un poil. Plus tard la peau voisine s'hypertrophie et devient d'un aspect rouge, saillant et irrégulièrement bosselé.

L'auteur a observé un sycosis de l'entrée du nez uni à un sycosis de la lèvre supérieure ; et on ne pouvait avoir de doute sur l'identité de ces deux affections. Le traitement efficace consiste à couper les vibrisses aussi ras que possible, à prescrire des bains du nez pour ramollir les croûtes et à ouvrir ensuite les petites vésicules et tubercules. On peut essayer d'arracher les poils peu adhérents. Mais cette épilation est très douloureuse, occasionne des inflammations désagréables du bout du nez et ne doit pas être poussée si loin pour le nez que pour les autres parties du corps couvertes de poils atteintes de sycosis. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 5, mai 1885.)

Dr L. L.

Eczéma de l'entrée du nez (*Eczema introitus narium*), par le Dr Baumgarten

Le traitement recommandé par M. Kiesselbach, si utile dans la plupart des cas aigus et chroniques, ne suffit pas,

dans les cas rebelles. Ce sont surtout les cas d'eczéma consécutifs à une rhinite chronique et localisée dans les angles du nez et sur la partie antérieure de la cloison cartilagineuse. Dans ces cas, il faut faire l'épilation de toutes les vibrisses et badigeonner les parties enflammées à l'aide de petits tampons d'ouate enduits d'un onguent au précipité blanc ou jaune. Il est bon de laisser pendant la nuit un peu de ouate enduite de ce médicament dans les angles du nez.

L'auteur insiste surtout sur le massage des parties enflammées, qui, non seulement fait entrer l'onguent dans les gerçures et excoriations, mais encore, rend la peau souple et molle, de sorte que le gonflement, la rougeur et les douleurs au toucher cessent bientôt. Ce n'est que rarement, dans les cas des profondes crevasses, que l'attouchement avec une solution forte de nitrate d'argent est indiqué.

On doit ainsi traiter la rhinite chronique. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 5, mai 1885.) Dr L. L.

Ethmoïdite chronique et polypes nasaux, par le Dr Woakes.

A la Société de médecine, M. Woakes lit un travail sur l'inflammation chronique de la muqueuse et du périoste qui tapissent les cornets nasaux et les cellules ethmoïdales; cette inflammation s'accompagne bientôt de nécrose du tissu osseux et de formation de bourgeons charnus, rougeâtres et mous. Dans un stade plus avancé de la lésion, on voit se former à la surface de l'os et dans son épaisseur du tissu myxomateux qui revêt bientôt l'aspect des polypes muqueux de la cavité nasale. La nécrose précède toujours l'apparition de ces polypes qui, quelquefois, contiennent de petites lamelles de tissu osseux atrophié.

L'ethmoïdite nécrosique se montre souvent à la suite d'un coryza, d'un exanthème fébrile ou d'un traumatisme. Elle est ordinairement bilatérale et débute en général peu après la puberté. Sa fréquence dans les deux sexes est à peu près la même.

M. Spencer Watson ne pense pas que les polypes nasaux soient toujours précédés ou accompagnés de nécrose du tissu

osseux. Toute obstruction au passage de l'air, telle que la rhinite postérieure, peut amener la formation des polypes. (*Semaine Méd.*, 8 avril 1885.) J. Ch.

Rapport sur un cas de fièvre de foin traité par le galvano-cautère (*Report of a case of socalled hay fever treated by Galvano-cautery*), par le Dr Richard Henry Thomas.

Jusqu'à ces derniers temps le traitement de la fièvre de foin consistait soit à donner un traitement palliatif, soit à soustraire le malade aux causes d'irritation qui déterminent la maladie. L'auteur croit que le pollen des graminées joue dans la production de cette affection le rôle de cause déterminante, mais qu'il existe toujours dans l'intervalle des accès une affection nasale, alors même que le malade dit ne rien éprouver d'anormal dans cet intervalle C'est sur cette affection, hypertrophie de la muqueuse des cornets, déviation de la cloison, polypes, etc., que doit porter le traitement. En les guérissant, on guérira aussi la fièvre de foin, la cause déterminante n'ayant plus alors sur elle aucune action.

A l'appui de sa thèse il rapporte une observation d'un jeune homme de 22 ans, qui, chaque année, avait de violentes attaques de fièvre de foin. Ce malade présentait, en outre, une hypertrophie marquée des cornets moyens et inférieurs, des végétations adénoïdes à la voûte du pharynx, une pharyngite granuleuse et une laryngite chronique. Après avoir traité et guéri par le galvano-cautère l'hypertrophie des cornets et de l'amygdale pharyngée, le malade put respirer parfaitement la bouche fermée. Depuis lors, il n'a plus eu d'attaques de fièvre de foin (*Med. News*, 28 févr. 1885). J. Ch.

LARYNX.

Remarques sur un cas très grave de spasme phonique de la glotte (*Bemerkungen zu einem äusserst schweren Fall phonischen stimmritzen krampfes*), par le Dr Ph. Schech.

Il s'agit d'un instituteur qui fut atteint, au mois de décembre 1883, d'une rhinite et d'une laryngo-bronchite et qui, malgré cette affection, n'interrompit pas ses fonctions. Les accès de

spasmes phoniques survinrent au mois de janvier. L'examen laryngoscopique, au moment du spasme phonique, montrait que la partie membraneuse de la glotte était bien fermée, tandis que la partie cartilagineuse était légèrement écartée. Le cartilage de Santorini gauche faisait une saillie considérable en avant comme dans le cas décrit par *Jonquière*. Mais il n'existait pas de rapprochement des bandes ventriculaires. On fit chanter et parler fort le malade, les spasmes ne survinrent pas mais ils apparaissaient dès qu'on le faisait chuchoter et prononcer des mots de plusieurs syllabes. Lorsque ces accès étaient très forts on voyait alors survenir une aphonie complète avec spasmes cloniques des muscles du cou et de la nuque.

La maladie fut très rebelle et toute thérapeutique échoua.

Ce n'est que lorsque M. *Schech* fit prendre des douches froides sur la région du larynx et de la nuque que le malade fut peu à peu guéri. L'auteur recommande l'hydrothérapie dans les névroses du larynx et du pharynx. (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 1, janvier 1885.) Dr L. L.

Hémorragie laryngée (*Laryngeal hemorrhage*), par le Dr J. W. Gleitsman.

Dans les hémorragies laryngées le sang peut provenir soit de la surface de la muqueuse, soit des tissus sous-jacents. Dans ce dernier cas la cause la plus fréquente est le traumatisme ; dans le premier l'écoulement sanguin est dû, le plus souvent, à un corps étranger, à des ulcérations syphilitiques, au cancer, à l'hémophilie. Il existe cependant des cas où l'hémorragie est indépendante de toute affection préexistante. On lui donne alors le nom de laryngite hémorragique. L'auteur en rapporte une observation.

Il s'agit d'un homme de 25 ans, robuste et intelligent, qui vient trouver l'auteur après avoir eu deux hémorragies successives les jours précédents avec dyspnée considérable. Poumons sains ; au laryngoscope on constate une congestion du larynx et en particulier des bandes ventriculaires. La bande ventriculaire gauche présente à l'union du tiers antérieur au

tiers moyen une petite tache rouge d'où l'on peut voir sourdre le sang. Le jour suivant la dyspnée augmente mais le malade ne crache pas de sang. L'examen montre sur les deux bandes ventriculaires des croûtes très adhérentes de sang coagulé. Bientôt cependant la dyspnée et la congestion de la muqueuse diminuèrent progressivement et le malade partit guéri. Le traitement avait consisté en inhalations et en attouchements au perchlorure de fer et au nitrate d'argent.

L'auteur ensuite passe en revue les opinions des différents auteurs qui ont rapporté des cas de laryngite hémorragique et d'hémorragies sous-muqueuses de l'organe vocal. *(The Amer. Journal of the med. Sci.,* avril 1885.) J. Ch.

Phthisie laryngée, par M le Dr Dujardin.

Le malade, âgé de 50 ans, présente une gêne respiratoire considérable, cornage et tirage. L'examen au laryngoscope, dit l'auteur, démontre qu'il s'agit d'une affection ulcéreuse du larynx.

L'auteur n'admet la dénomination œdème de la glotte dans aucun cas, que l'infiltration soit liée à une maladie extra-laryngée (mal de Bright) ou à une inflammation quelconque du larynx.

L'examen de la poitrine ne donne que des signes négatifs, mais on trouve dans les crachats les bacilles de la tuberculose : c'est ce qui permet de faire le diagnostic. Parmi les assertions de l'auteur, les suivantes nous paraissent dignes d'être citées :

1° Dans la tuberculose laryngée on constate une infiltration grise diffuse, un semis de granulations, une déformation plus ou moins prononcée du larynx, *notamment sur les cordes vocales, dans les parties postéro-inférieures,* tandis que dans la syphilis la lésion est surtout *antéro-inférieure* (?)

2° Les accès de suffocation peuvent être la conséquence de la paralysie des muscles *dilatateurs de la glotte,* soit de la paralysie des *muscles tenseurs* de la glotte.

3° Le diagnostic est difficile tant que la lésion n'est pas très avancée. L'état général peut fournir des indications, mais

l'élément important entre tous, c'est le bacille de la tuberculose.

4° On doit traiter la lésion locale, les ulcérations par les caustiques (!) portés directement sur celle-ci. Les extraits que nous venons de donner, nous dispensent, croyons-nous, de tout commentaire (*Gaz. des hôp.*, 14 février 1885).

J. Ch.

Un cas de tuberculose laryngée et pulmonaire ayant débuté par une laryngite chronique simple (*Case of laryngeal and pulmonary tuberculosis, originating in simple chronic laryngitis*), par le Dr G. Hunter-Mackenzie.

Le malade, âgé de 55 ans, présentait au début les signes subjectifs et objectifs d'une laryngite chronique. Les aryténoïdes étaient gonflés, mais ne présentaient pas le gonflement pyriforme caractéristique de la tuberculose. Les bandes ventriculaires et la muqueuse du larynx étaient gonflés eux aussi par places et ne permettaient pas d'apercevoir les cordes vocales. Les crachats renfermaient le bacille de la tuberculose, Bientôt les symptômes devinrent plus accentués du côté du larynx et des poumons, des ulcérations se produisirent dans ce premier organe, des cavernes dans le second et le malade mourut. A l'autopsie on constata la nécrose des aryténoïdes, du gonflement œdémateux des parties voisines, la destruction des bandes ventriculaires par les ulcérations.

Cette observation paraît à l'auteur intéressante pour plusieurs motifs : 1° Les symptômes du côté du larynx se sont manifestés avant ceux du poumon ; 2° La présence du bacille de la tuberculose dans les crachats, son utilité au point de vue du diagnostic et du pronostic ; 3° La tuberculose paraît s'être greffée sur un simple laryngite ; 4° L'auteur dans le traitement fit usage d'insufflations de poudre d'iodoforme dans le larynx, elles n'eurent aucun effet sur la marche de la maladie, mais produisirent certains effets toniques présentant la plus grande ressemblance avec les phénomènes d'excitation qui caractérisent la première période de l'alcoolisme (*The Lancet*, février 1885).

J. Ch.

Un cas d'épithélioma primitif du larynx, trachéotomie, mort dix mois plus tard, autopsie, remarques *(A case of primary epithelioma of the larynx, tracheotomy, death ten months later, autopsy, remarks)*, par D. Bryson Delavan.

L'auteur a pu suivre l'évolution du néoplasme depuis le début jusqu'à la mort du malade. Ce dernier, âgé de 40 ans, s'était toujours bien porté, et ne présentait aucune trace de diathèse, ni constitutionnelle, ni acquise.

En août 1882, il fut pris d'un enrouement léger qui s'accrut lentement, bientôt il commença à perdre les forces et l'appétit.

Le premier examen eut lieu deux mois après l'apparition de ces divers symptômes. A cette époque l'état général était bon. A l'examen laryngoscopique on voit les deux cordes vocales congestionnées et gonflées, la congestion s'étendait de là à l'organe tout entier, plus prononcée toutefois à gauche. Les sommets des poumons présentaient les signes physiques de la tuberculose à la première période.

Le gonflement de la corde vocale gauche augmenta progressivement et bientôt il n'y eut plus de doute sur le diagnostic. On avait affaire à une tumeur maligne du larynx.

La tumeur augmenta rapidement de volume, toutefois, en dehors de l'aphonie et d'une légère toux laryngée, il n'existait aucun des symptômes habituels des tumeurs malignes du larynx.



Pendant les mois de janvier et de février 1882 la tumeur continua à s'accroître, et l'état général du malade devint moins bon. En février la dyspnée survint tout à coup, et la trachéotomie s'imposa. Elle fut faite, et l'état général du malade, qui présentait, ainsi que nous l'avons dit, des signes évidents de tuberculose, fut, dans les premiers temps, sensiblement amélioré.

L'auteur fit en octobre un dernier examen laryngoscopique; il observa une ulcération étendue et profonde de l'épiglotte, des aryténoïdes et s'étendant dans la trachée. La dysphagie très intense fut améliorée par l'usage de la sonde œsophagienne. Mais le malade s'affaiblissait de plus en plus. Il mourut peu de temps après.

A l'autopsie le larynx et la trachée étaient remplis par une masse pultacée de matière cancéreuse, les cartilages de la trachée et du larynx étaient désorganisés et méconnaissables. Aux poumons : tuberculose pulmonaire avancée.

L'auteur fait observer que l'état du malade fut considérablement amélioré par la trachéotomie. L'extirpation du larynx était contre-indiquée, car elle ne donne aucun résultat dans les cas d'épithélium, et aussi en raison de l'état des poumons. L'état du larynx après la mort est un exemple remarquable du pouvoir destructif du néoplasme sur les tissus qu'il envahit. (*The med. Record*, 2 mai 1885.) J. Ch.

Syphilis laryngée. — Emploi de l'acide chromique dans l'œdème de la glotte, par le Dr Schiffers.

Le sujet de cette observation, âgé de 35 ans, considérablement anémié et présentant sur l'abdomen et le tronc une éruption syphilitique (syphilide papuleuse), entre à l'hôpital, parce qu'il se sentait de jour en jour plus faible; *nie tout antécédent syphilitique*. Traitement spécifique, protoïodure de mercure à la dose de 5-7 1/2 centigrammes par jour, 3 ou 4 semaines après survinrent des troubles laryngés, la voix devient rauque *(raucedo syphilitica)*. Au laryngoscope, l'épiglotte, gonflée en Oméga, présente des ulcérations, à gauche gonflement de la région aryténoïdienne et des cordes vocales supérieures; peu de gêne respiratoire, attouchements au nitrate d'argent, pas d'amélioration. On a recours alors aux attouchements à l'acide chromique et bientôt la tuméfaction diminue, l'orifice laryngien s'agrandit. Le malade quitte bientôt l'hôpital dans un état relativement satisfaisant. Plus tard le traitement spécifique étant continué, le malade guérit à peu près complètement. L'auteur a fait usage et recommande une solution au 1/6 en répétant les attouchements tous les deux ou trois jours. Le malade les supportait facilement et n'accusait pas la moindre douleur. Il croit ce moyen excellent pour combattre l'œdème inflammatoire qui accompagne la syphilis laryngée. On peut répéter les attouchements au 1/10 ou au 1/6 tous les jours si l'on se trouve en présence

d'un œdème prononcé, qui montre une grande tendance à s'étendre (*Annales de la Soc. Médico-Chirurg. de Liège*).

J. CH.

Remarques sur la paralysie du larynx, et l'inégale dilatation des pupilles, comme pouvant aider, et aussi induire en erreur dans le diagnostic d'anévrysme thoracique (*Remarks on laryngeal paralysis and inequality of the pupils as tending to aid and also to mistake in the diagnosis of thoracic aneurysm*), par le Dr J. FINLAYSON M. D.

L'apparition de troubles laryngés, de paralysies en particulier, et aussi l'inégale dilatation des pupilles, sont des symptômes bien connus des anévrysmes de l'aorte thoracique.

L'auteur a observé deux malades qui lui paraissent apporter une preuve nouvelle de la valeur de ces signes, mais aussi du danger qu'il y a à leur accorder une trop grande confiance.

Daus les premiers cas, on pouvait constater la présence d'une tumeur pulsatile, à la partie supérieure du thorax, et s'étendant sur le côté droit du cou. Les troubles laryngés apparurent trois mois avant la mort, ils consistaient en une paralysie de la corde vocale droite, avec dyspnée extrême et accès de suffocation fréquents. Le larynx était dévié de la ligne médiane vers la gauche. Les deux pupilles étaient égales.

Dans le second cas on constatait tous les signes d'une maladie du cœur accompagnée de paralysie du larynx avec inégale dilatation des pupilles; à l'autopsie on trouva l'aorte dilatée, mais sans la moindre trace d'anévrysme, la paralysie du larynx paraît être due, d'après l'auteur, à la dilatation énorme du cœur (*The Lancet*, 3 janvier 1885). J. CH.

Sténose du larynx, par le Dr SCHIFFERS.

L'auteur n'a en vue que la sténose due à un défaut de rapprochement de la glotte pendant l'inspiration, telle qu'il l'a observée chez un malade dont il a déjà publié l'observation (Voir la *Revue*, p. 200, avril 1885).

Il est des cas où, après la trachéotomie, faite pour des accès de suffocation survenus au cours d'une maladie infectieuse, la

canule ne peut être enlevée sans qu'il se produise de nouveau des phénomènes imminents d'asphyxie, et cela aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant. La sténose est souvent alors due à un spasme provoqué par la crainte. L'auteur conseille alors de fermer la canule avec un bouchon percé au centre d'un canal qu'on rétrécit graduellement jusqu'à le rendre nul, on habitue ainsi le malade à respirer uniquement par le larynx et on fait renaître chez lui la confiance. Mais il est des cas où la sténose est due à une altération du larynx (ulcérations, nécrose des cartilages). L'inflammation du périchondre peut aussi avoir amené soit l'ankylose, soit la luxation de l'une, ou des deux articulations crico-aryténoïdiennes.

L'auteur donne le résumé d'une observation dans laquelle la sténose était due à cette dernière cause *(Ann. de la Soc. médico-chirg. de Liège).* J. Ch.

TRACHÉE.

De quelques complications de la trachéotomie *(On some complications of tracheotomy, with illustrative cases)*, par le Dr R. W. Parker.

Il est des cas nombreux dans lesquels l'intervention est si urgente et les renseignements qu'on peut obtenir si peu précis, que le praticien doit faire la trachéotomie sans avoir pu établir à l'avance un diagnostic exact. L'auteur, chirurgien à l'hôpital des enfants de *East London*, a, pendant une pratique de dix ans, fait beaucoup de trachéotomies ; il se propose, dans ce travail, d'énumérer les différents cas observés par lui. On ne trouve pas deux cas de trachéotomie semblables entre eux, aussi l'intérêt qui s'attache à l'étude des complications qui peuvent survenir, est-il très considérable.

L'auteur signale, en passant, certaines complications liées à l'opération elle-même. Aussi le chirurgien est-il parfois très étonné après avoir ouvert la trachée dans le croup, de ne point voir apparaître des bulles d'air, du mucus ou des fausses membranes ; il a souvent introduit la canule, soit entre la muqueuse et la paroi interne de la trachée, soit entre la muqueuse et un lambeau de fausse membrane. Un tel accident ne surviendra pas si l'on fait usage d'un dilatateur. S'il se

produit pendant l'opération une hémorrhagie abondante, le sang pourra être entraîné dans les voies aériennes où il gênera tout d'abord la respiration, pour se décomposer ensuite et donner lieu à une pneumonie septique. L'usage d'un aspirateur trachéal rendra, dans ces cas, de grands services, surtout dans les cas de diphtérie, où il est souverainement dangereux d'appliquer sa bouche contre les lèvres de la plaie. L'auteur signale un autre danger de la trachéotomie, c'est la mort subite, ne relevant pas des conditions locales. L'auteur en a observé quatre cas et fait remarquer que l'on peut voir ce fait se produire pour une lésion de n'importe quel organe innervé par le pneumogastrique. Il ne peut mieux comparer les cas de ce genre qu'à ceux de mort subite que l'on voit survenir dans l'opération de l'empyème. Les complications de la trachéotomie peuvent relever de différentes causes : 1° de modifications aiguës ou suraiguës dues à la lésion qui a nécessité l'intervention chirurgicale ; 2° modifications que l'auteur rapporte à des lésions chroniques du larynx ; 3° de la simple présence du tube ; 4° de conditions accidentelles ; 5° d'ulcérations dues à un tube mal adapté.

L'auteur étudie séparément chacune de ces différentes causes avec observations à l'appui. Nous nous contenterons de les mentionner. Un cas de dyspnée subite survenue sans cause appréciable ; trachéotomie, mort : l'autopsie révèle la présence d'un morceau de coquille d'œuf dans le larynx Dyspnée subite : on soupçonne dans le larynx la présence d'un os de poisson. Trachéotomie, mort. A l'autopsie, on trouve l'os obstruant complètement la glotte. Il rapporte encore une observation de laryngite catarrhale : trachéotomie, difficulté pour l'ablation de la canule, sensibilité exagérée de la trachée, mort au milieu des convulsions quinze jours après l'enlèvement de la canule. Autopsie : granulôme inséré sur la plaie cicatrisée dans l'intérieur de la trachée. Enfin un cas où la mort survient subitement trois mois après l'enlèvement du tube trachéal ; l'autopsie démontra qu'elle était due à une adhérence des cordes vocales (*The Lancet*, n°s IV, V et VI, 1885).

J. Ch.

La non-pénétration de la fausse membrane par la canule constituant un danger non encore signalé de la trachéotomie (*Non-penetration of the lining false Membrane an unnoticed danger in tracheotomy*), par le Dr Asbey C. Osborn.

L'auteur fit une laryngo-trachéotomie chez un enfant de quatre ans atteint du croup. La trachée ouverte, on introduisit la canule, le sifflement annonçant l'entrée de l'air se produisit cependant les poumons ne se distendirent pas. L'enfant mourut asphyxié. A l'autopsie on constata que la canule n'avait pas perforé la fausse membrane mais avait pénétré entre cette dernière et la paroi de la trachée. (*The Brit. Med. Journal*, 17 janv. 1885.) J. Ch.

Glande caséeuse ayant obstrué la trachée et déterminé une mort subite (*Caseous gland impacted in trachea and causing sudden death*), par le Dr Percy Kidd.

A la séance du 17 février de la Société pathologique de Londres le docteur Percy Kidd rapporte le fait d'un enfant de 7 ans qui, après avoir souffert pendant quelque temps d'une toux quinteuse, fut pris d'un accès de suffocation et mourut en l'espace de 10 minutes. L'autopsie permit de constater que toutes les glandes lymphatiques du médiastin étaient augmentées de volume et caséeuses ; la partie inférieure de la trachée était obstruée par une glande caséeuse qui avait amené l'ulcération de la paroi immédiatement au-dessus de la bronche gauche. Quelques tubercules au poumon. Bien que le malade fût mort asphyxié le cœur était fortement contracté et presque vide. (*Brith. Med. Journ.*, 28 fév. 1885.)

J. Ch.

Corps étranger des voies aériennes (*Foreign body in the air-passage*), par le Dr Bernard Pitto.

A la réunion du 7 novembre de la *West London Medical and Chirurgical Society*, le Dr Bernard rapporte un cas de corps étranger des voies aériennes qui fut suivi d'abcès du poumon, et dans lequel le malade guérit. Le patient, un enfant de neuf ans, fut pris d'un accès de suffocation en mangeant des châtaignes et apporté à l'hôpital insensible et à peu près asphyxié.

Trachéotomie. — On put extraire du larynx, par la plaie trachéale, à l'aide de pinces, un petit morceau de châtaigne; le lendemain toutefois on put constater qu'il existait encore un corps étranger dans une des ramifications de la bronche droite. Bientôt après, le malade présenta tous les symptômes de phtisie aiguë, élévation de la température, émaciation, expectoration abondante, muco-purulente, avec des signes cavitaires au niveau du second espace intercostal droit. Trois mois après, cependant, le malade quittait l'hôpital en pleine convalescence. (*The Lancet*, 27 décembre 1884.)

OREILLES.

Un cas de diabétides du pavillon de l'oreille, par M. le Dr Hermet.

Il s'agit d'une dermatose affectant la modalité eczémateuse, et à laquelle M. Hermet donne le nom de diabétides, parce qu'elle est, dit-il, le produit du diabète qui lui donne un caractère spécial, en fait l'essence et en caractérise la spécificité. L'auteur en rapporte un cas chez un homme de 62 ans, diabétique et d'une famille de diabétiques. Il présentait sur diverses parties du pavillon quatre ulcérations croûteuses, épaisses de 5 millimètres environ et présentant à leur centre une plaque gangréneuse insensible. Les croûtes une fois tombées, laissèrent à leur place des ulcérations à bords irréguliers, entourées d'une zone rouge et donnant lieu à un léger suintement. Traitement anti-diabétique. Entré à l'hôpital le 8 novembre, il en sortait guéri le 15. (*France Médicale*, 21 mars 1885).

Asthme causé par l'accumulation de cérumen dans le conduit auditif externe (*Asthma caused by an accumulation of cerumen in the external auditory meatus*), par le Dr H. B. Gibbo.

Il s'agit d'un enfant de sept ans, présentant des accès d'asthme parfaitement caractérisés. L'auteur prescrit un traitement qui ne donne aucun résultat. Quelques jours après, ayant observé de la surdité chez son malade, il examine les oreilles. Elles étaient remplies de cérumen; celui-ci enlevé les

symptômes de l'asthme diminuèrent aussitôt, pour disparaître bientôt complètement. *(The Birmingham Med. Review*, mai 1885.) J. Ch.

Ligature de la carotide primitive dans un cas d'hémorragie du conduit auditif externe (*Ligature of the Common Carotid artery for hemorrhage from the external auditory meatus*), par le Dr Bennet May.

Il s'agit d'une petite fille à qui l'auteur pratiqua la ligature de la carotide primitive à la suite d'une abondante hémorragie du conduit auditif externe qui s'était produite pendant la quatrième semaine d'une scarlatine. L'opération réussit pleinement. Ce cas est probablement unique. Sur treize cas de ce genre trouvés par Politzer dans la littérature médicale, tous se sont terminés par la mort. *(The Lancet*, 21 fév. 1885.)
J. Ch.

Des affections de la gorge et des fosses nasales associées aux maladies de l'oreille moyenne (*On affections af the throat and nasal passage associated with desease of the midle ear*), par le Dr W. B. Dalby.

Bon nombre d'affections de l'oreille moyenne désignées sous le terme générique de catarrhe sont liées à un état morbide du pharynx et du nez. Dans les cas de catarrhe chronique de l'oreille moyenne, avec ou sans obstruction des trompes, on pourra le plus souvent constater l'existence à la partie supérieure du pharynx de mucosités épaisses et souvent aussi dans ce même organe de granulations plus ou moins développées. Les végétations adénoïdes doivent être signalées encore comme causes d'obstructions de la trompe et de catarrhe de l'oreille moyenne. Il en est de même de l'hypertrophie des amygdales : elles sont en effet une cause d'inflammation pour le pharynx et par cela même de maladies de l'oreille. Ces différentes affections devront être traitées par les moyens appropriés concurrement avec l'affection de l'oreille. *(The Lancet*, 10 janv. 1881.) J. Ch.

Le peroxyde d'hydrogène dans les maladies de l'oreille et des yeux (*Peroxide of hydrogen in Aural and ophthalmic Practice*), par le Dr Boerne Bettman.

Le peroxyde d'hydrogène est un puissant antiseptique. On l'emploie en instillations dans l'oreille d'une solution contenant 12 volumes de gaz dissous; 5 à 6 gouttes tièdes après injection préalable d'eau tiède dans les cas d'otorrhée. Il est aussi fort utile dans le traitement de la dacryocystite. (*Mississipi Valley med. Monthly*, 10 mars 1885.) J. Ch.

De la complexité des symptômes de Menière et des troubles de l'équilibre causés par des affections cérébrales (*Ueber den Menière'schen Symptomencomplex und die durch Cerebralerscheinungen bedingten Gleichgewichtsstœrungen*), par le Dr Benno Baginsky.

En 1861, Menière a décrit un ensemble des symptômes consistant en attaques apoplectiformes, vertiges, vomissements, bruits subjectifs et, dans quelques cas aussi, surdité subite. Cette surdité est ordinairement bilatérale. Menière localisa l'affection dans les canaux semi-circulaires ; il s'appuyait sur ce fait que, dans un cas observé par lui, il trouva les canaux semi-circulaires remplis d'une exsudation plastique rougeâtre qui s'étendait partiellement jusqu'au vestibule. Le limaçon était normal et il n'existait aucune altération du cerveau ni de la moelle. Se reposant surtout sur les expériences faites par Flourens concernant la discision des canaux semi-circulaires, il croyait que ces symptômes dits « symptômes de Menière » sont causés par une affection du labyrinthe.

Goltz croyait que les canaux semi-circulaires sont les organes périphériques de l'équilibration. Mais on constata bientôt que la perte de ces derniers n'amenait pas en même temps la perte de l'équilibre. D'autres auteurs ont placé la cause de ces symptômes dans une irritation des nerfs vestibulaires, le nerf cochléaire ne servant, d'après eux, qu'à la perception auditive. M. Baginsky a trouvé (*Archiv für Anatomie u. Physiologie*, 1881) que dans les discisions des canaux semi-circulaires de Flourens, le cervelet, c'est-à-dire les corps restiformes, étaient lesés eux aussi, ce qui suffit à expliquer tous les symptômes.

L'auteur attaque ensuite l'opinion de Moos qui, dans son travail : « De la méningite cérébro-spinale épidémique et des troubles combinés de l'équilibre et de l'ouïe dans cette affection » (Heidelberg, 1884), prétend que le vertige est localisé dans les canaux semi-circulaires et dans les ampoules. Les cas de méningite cérébro-spinale, dit M. Baginsky, ne prouvent rien dans cette question, parce que cette affection amène diverses altérations pathologiques, des adhérences, des épaississements de la dure-mère, de la pie-mère, etc., par lesquelles les organes les plus différents peuvent être troublés dans leurs fonctions. Au moins, jusqu'à présent, rien ne prouve que les affections labyrinthiques seules, sans affections cérébrales, puissent occasionner les symptômes de Ménière (*Berliner klin. Wochenschr.*, n° 5, 2 février 1885). Dr L. L.

Les affections de l'oreille influencées ou dépendant de la malaria et d'une hygiène générale défectueuse (*Affections of the ear influenced by or dependent on Malaria or defective drainage*), **par le Dr Ooren D. Pomeroy.**

Tout le monde connaît les effets de la quinine sur l'organe de l'audition, par la congestion qu'elle détermine elle peut amener du gonflement et de l'obstruction des trompes, de l'hyperhémie du tympan, de la chaîne, du conduit auditif et même du labyrinthe. Déterminons les symptômes qui caractérisent chacun de ces différents états. La malaria exerce une action sur l'oreille, mais comme pour la combattre on emploie le sulfate de quinine il est difficile et souvent même impossible de déterminer dans les troubles auriculaires qui surviennent la part qui revient d'un côté à la maladie que l'on veut combattre, de l'autre au remède par lequel on la combat.

Weber-Liel (*Monats. für Ohr.*, n° 11, 1871) décrit deux affections de l'oreille comme étant sous la dépendance du poison paludéen ; l'une inflammatoire qu'il désigne sous le nom d'otite intermittente, l'autre non inflammatoire qu'il appelle otalgie intermittente.

L'otalgie n'est autre chose que la névralgie (paludéenne) de la troisième branche du trifacial ; l'otite une affection

inflammatoire, expression d'une névrose trophique vaso-motrice qui accompagne ou dépend de la névralgie. L'accès survient pendant la nuit ou au matin, il a été d'ordinaire précédé par du catarrhe naso-pharyngien, le malade est saisi d'un frisson, éprouve une sensation de plénitude dans les oreilles et à la tête, parfois du vertige, le reste de la nuit s'écoule avec une transpiration abondante, mais le jour suivant le malade se trouve parfaitement bien et les symptômes auriculaires ont complètement disparu. Mais 48 heures après un nouvel accès survient, frisson, violentes douleurs d'oreilles, surdité, bourdonnements intenses et l'examen permet d'apercevoir un exsudat dans la caisse. Comme la première fois, après une transpiration abondante, les symptômes cessent et si si l'exsudat a amené une perforation de la membrane du tympan et un écoulement, l'écoulement cesse aussi.

Les accès affectent le type quotidien ou le type tierce et à chaque accès les symptômes auriculaires deviennent plus intenses. Tous les traitements : douches d'air, injections, morphine, etc., échouent; seule la quinine à haute dose soulage le malade.

Voltolini, J. Patterson Cassels, Roosa, Orne Green ont rapporté des cas de ce genre que l'auteur cite fort au long, le cas de Orne Green en particulier. Dans la *Ziemsen's Cyclopædia*, sous le titre « infection paludéenne chronique », on lit que les malades peuvent éprouver des douleurs et des bourdonnements d'oreille.

L'auteur, dans le but de connaître l'opinion des auristes à ce sujet, a écrit à un bon nombre d'entre eux des Etats-Unis et du Canada, et des réponses qu'il reçut et qu'il reproduit il croit pouvoir déduire simplement que la malaria, ainsi qu'un nettoyage et une irrigation défectueuses des habitations exercent une influence sur les affections de l'oreille, mais qui ne se manifeste pas nécessairement avec les symptômes décrits par Weber-Liel, Voltolini et Hotz. (*The Med. Record,* 31 janv. 1885.) J. Ch.

VARIA.

Lampe d'Albocarbene pour l'examen du larynx et du nez (*Die Albocarbon-Untersuchungslampe für Nase und Kehlkopf*), par A. Fritsche.

Dans cette lampe on brûle de la naphtaline (C_{10} H_8) avec du gaz. La naphtaline qui fond à une température de 79° C et s'évapore à 212° C se trouve dans une boule chauffée par la flamme elle-même et le gaz en passant par la boule se mêle aux vapeurs de naphtaline.

Les avantages de cette lampe sont :

1) L'intensité de lumière est 2 à 4 fois plus grande que celle de la lumière de gaz ;

2) La lumière est blanche et permet de voir nettement les couleurs ;

3) La lampe fonctionne régulièrement ;

4) L'économie du matériel d'éclairage est de 40 à 45 °/₀ de gaz.

(*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 5, 2 fév. 1885,) Dr L. L.

Un cas de spasme unilatéral de la langue, par le Dr Edmond C. Wendt.

Le spasme de la langue, survenu indépendamment de toute autre affection, est rare. L'auteur en rapporte un cas.

Homme, 36 ans, maçon, sans antécédents héréditaires, pas de trace de maladie constitutionnelle, n'a fait d'excès d'aucun genre. Depuis quelques mois, le côté droit de la langue est pris de contractions soudaines, pendant lesquelles elle est dure comme du bois, les accès durent de une demi à plusieurs minutes. Dans l'intervalle il n'éprouve rien d'anormal, en dehors d'une sensation de froid ou de douleur autour de l'amygdale droite. Quelquefois les spasmes disparaissaient pendant un jour ou deux, pour revenir ensuite toutes les heures.

Tout d'abord il prêta peu d'attention à ces phénomènes, mais ils devinrent bientôt tellement intenses qu'il en éprouvait une grande difficulté pour articuler. L'examen de la langue n'offre rien d'anormal. Il présente une déviation de la cloison cartilagineuse, à droite, une rhinite hypertrophique et une irritation chronique du larynx, qui est hyperhémié.

Le sens du goût était conservé sur les deux côtés de la langue. Le malade prit pendant plusieurs semaines de l'arsenic, du bromure et des gargarismes de toute sorte sans éprouver le moindre soulagement. Un jour le malade vint trouver l'auteur; pendant un accès, celui-ci put constater que la langue, légèrement déviée à droite, était animée de légers mouvements contractiles très rapides, et la moitié droite présentait une rigidité manifeste. L'auteur se décida à faire des applications électriques quotidiennes. L'amélioration ne tarda pas à se faire, et au bout de quarante jours le malade était complètement guéri (*The Amer. Journ. of the med. sciences,* janvier 1885). J. Ch.

Des relations de l'otologie avec la médecine générale (*On otology in relation to general medecine*), par le Dr French Banham.

Les affections de l'oreille qui surviennent au cours d'une maladie quelconque et qui sont la conséquence de certaines conditions morbides de l'organisme peuvent, d'après l'auteur, être classées d'après leur cause : 1° réflexes, 2° extension à l'oreille d'un processus inflammatoire, 3° état constitutionnel dérivant de la syphilis, de la tuberculose, dont les manifestatious morbides peuvent atteindre de préférence l'oreille à un moment donné.

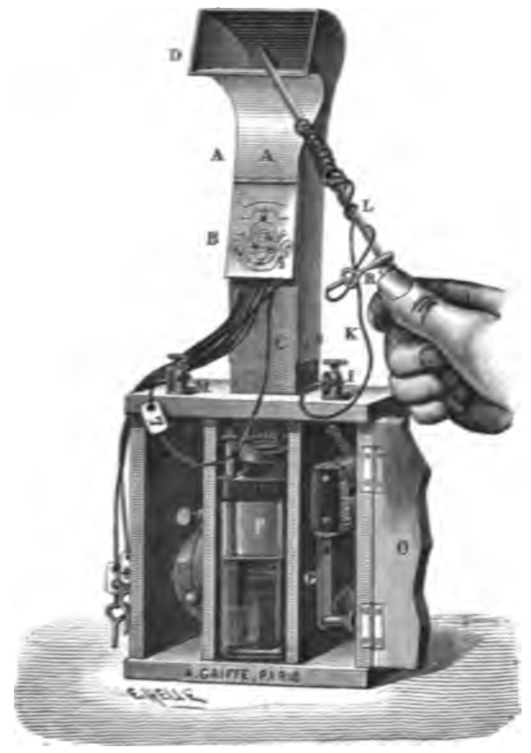
Le catarrhe aigu du tympan qui survient chez les enfants est souvent associé à une dentition laborieuse. Les inflammations de la gorge se propageant souvent à la trompe et à la caisse, donnent lieu à des affections plus ou moins graves de l'organe de l'audition. Enfin la diathèse strumeuse, la tuberculose, la syphilis, la goutte portent souvent leur action sur l'oreille, amenant soit la destruction, soit une diminution considérable de l'ouïe. Les maladies de l'oreille, l'otorrhée par exemple, peut amener de terribles complications, méningite, embolie, thrombose, abcès cérébraux, pyohémie.

L'auteur termine en disant qu'en raison des rapports qui unissent les *maladies des organes spéciaux,* œil, larynx, oreille, aux maladies générales, il est regrettable qu'elles n'aient point

leur place à l'hôpital où elles pourraient être étudiées avec profit par les élèves. (*The Lancet*, 21 février 1885.) J. Ch.

Laryngo-fantôme du Dr Baratoux.

Cet instrument est destiné à permettre d'apprendre aux médecins : 1° à franchir le canal bucco-pharyngien sans toucher ses parois : 2° à porter un instrument en un point du larynx désigné à l'avance : 3° et à enlever une tumeur ou un corps étranger du larynx.



(*Figure I.*)

L'instrument se compose d'un conduit métallique, analogue à celui du laryngo-fantôme du Dr Labus. Ce conduit représente, autant que possible, la longueur et la direction du canal bucco-pharyngien de l'homme. A sa partie inférieure est logé un larynx artificiel en plâtre (fig. 2), occupant sa position normale sur le vivant. C'est aussi la disposition adoptée par le Dr Garel. Ce larynx est traversé par des tubes métalliques isolés, dont les extrémités supérieures se terminent en divers points de la surface du larynx, tandis que leurs extrémités inférieures sortent à la partie antérieure du

larynx pour se continuer avec les fils portant une plaque numérotée correspondant à un numéro d'ordre marqué sur le larynx ou sur l'image laryngoscopique placée à la partie intérieure de l'appareil sur la porte B, destinée à donner passage au larynx artificiel.

On peut adopter à l'extrémité des tubes de petites boulettes de cire ou de petites masses métalliques numérotées sur une tige courte, de manière à simuler des tumeurs artificielles de différentes formes et de différentes grosseurs. On peut en voir au numéro 6 de la fig. 2.

L'instrument est monté sur un pied C, reposant sur une boîte, divisée en trois compartiments. Celui du milieu contient deux éléments de Gaiffe, F; celui de gauche, une sonnerie électrique H, et celui de droite une sonnerie à grelots, G.

La pile est en communication d'une part avec la borne I, destinée à fixer un fil K, auquel est adaptée la sonde métallique L et, d'autre part, avec un double fil dont l'un se rend, par la sonnerie, à la borne M, et l'autre au tube B par l'intermédiaire du grelot G.



(Figure II.)

On comprend que si l'un des pôles de la pile, représenté par la tige L, vient toucher l'autre pôle, soit le conduit bucco-pharyngien B, soit la borne M, le grelot ou la sonnerie seront mis en mouvement. Le grelot indiquera donc que l'on aura touché les parois du canal aérien.

D'autre part, on fixe à la borne M un des fils, soit le fil 7 du larynx artificiels (Ces fils sont au nombre de huit, dans la figure.) Lorsque la sonde L touchera le point 7 du larynx artificiel, le courant étant fermé, mettra en mouvement la sonnerie électrique ; l'on saura ainsi que l'on a touché le point désigné à l'avance. On peut remplacer à volonté le fil 7 par un des fils de la figure.

L'on comprend que la sonnerie et le grelot fonctionnent en même temps, si la sonde touche simultanément les parois du tube et le point du larynx artificiel qui sera mis en moment à ce rapport avec la borne M.

Pour extraire un corps étranger ou une tumeur, on fera usage des instruments employés à cet effet.

En reliant cet instrument au fil K, on sera averti qu'il vient toucher les parois du tube B, lorsque le grelot se mettra en mouvement. En reliant à la borne M un des fils dont l'extrémité laryngée portera une tumeur métallique, la sonnerie annoncera que l'instrument le saisit.

On voit donc que cet appareil simple et complet, est appelé à rendre des services dans les manœuvres laryngoscopiques.

Bordeaux. — Impr. Nouv. A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DU NEZ

par le Dr E. Schmiegelow (de Copenhague).

Il n'est pas rare de rencontrer de temps en temps, soit dans la pratique, soit dans la littérature médicale, des exemples de tumeurs malignes, qui après avoir pris leur origine en un point quelconque, hors de la cavité nasale, comme, par exemple, dans l'orbite, la cavité du crâne, sont arrivées, par leur développement progressif, à remplir cette cavité elle-même, dont elles perforent les parois, pour continuer ensuite à s'accroître dans le nez et constituer ainsi des tumeurs malignes *secondaires*. Dans ce travail, nous laisserons complètement de côté cet ordre de tumeurs pour nous occuper exclusivement des tumeurs malignes *primitives*, qui sont beaucoup plus rares et dont le point de départ s'est fait en un point quelconque de la cavité nasale.

Pour ce qui concerne la nature des tumeurs malignes primitives du nez, les annales médicales n'indiquent que deux espèces de tumeurs : les *sarcomes* et les carcinomes. Je me permettrai d'en ajouter une troisième, les *polypes lupeux*, dont j'ai eu l'occasion d'observer deux cas l'année dernière. Dans les deux cas, je rencontrai des masses polypeuses, parfaitement pédiculées qui, au point de vue clinique aussi bien qu'au microscope, présentaient les caractères du tissu lupeux typique, tel qu'on l'observe dans le lupus de la cloison et le lupus cutané.

Je ne sache pas que jusqu'à ce jour des cas de ce genre aient été observés. Les traités décrivent, en effet, le lupus du nez à peu près de la manière suivante :

Au début de la maladie on constate une infiltration de petits nodules dans la muqueuse, le plus souvent sur la partie cartilagineuse de la cloison. Les masses lupeuses, ainsi constituées, peuvent alors ou subir un processus ulcératif (Lupus excedens), ou, comme expression d'un autre mode de développement, s'atrophier sans ulcérations préalables (Lupus non excedens).

Mais il n'est dit nulle part, que je sache, que le tissu granulaire lupeux puisse se présenter sous forme de grandes masses agglomérées, prenant son développement d'une certaine partie de la muqueuse du nez (spécialement les cornets inférieur et moyen), et formant ainsi des masses polypeuse pouvant atteindre la grosseur d'une amande, et qui flottent librement dans la cavité du nez. Ces tumeurs ressemblent beaucoup aux végétations tuberculeuses du larynx et de la trachée, connues seulement depuis ces dernières années et dont John Mackensie (1), Percy Kidd (2) et Schnitzler ont rapporté des exemples; j'ai eu moi-même l'occasion d'en observer trois cas.

Le carcinome primitif du nez est relativement rare, on en trouve peu de cas mentionnés dans la science. Toutefois, Mackensie (Morell) (4), Paletta, Gerdy, Verneuil, Duplay et Neumann en ont observé des exemples, et Watson (5) en a cité un cas, constaté chez une femme de soixante ans; tout récemment, encore, Delstanche et Marisque ont publié un cas de carcinome primitif du côté gauche soigneusement observé par eux.

A ces exemples il faut ajouter trois cas observés par Max Schæffer, et publiés dans le *Deutsche Med. Woch.*, 1882, nº 3. Cet article ne se trouvant pas en ma possession, je m'adressai par lettre au docteur Max Schæffer, qui fut assez aimable pour me donner les renseignement détaillés suivants, sur ces cas, ce dont je le remercie sincèrement.

1º Le paysan M..., quarante-cinq ans, entra en traitement en 1876. Carcinome épithélial de la partie antérieure de la narine gauche. Forte hémorragie pendant l'ablation à la

(1) *Maryland Med. Journ.*, juin 1882, et *Arch. of Med.*, octobre 1884.
(2) *The Lancet*, avril 1884, p. 754.
(3) *Wiener Med. Presse*, nºs 44, 46, 1884.
(4) *Diseases of the throat and nose*, 1885, p. 392.
(5) *Diseases of the nose*, 1876, p. 287.

cuillère tranchante. Cautérisation consécutive au galvanocautère. Mort en 1877.

2° Le paysan A..., vingt-huit ans, carcinome épithélial, né de la muqueuse du cornet inférieur gauche; entré en traitement en 1879; récidive en 1880, mort en 1881.

3° M. W..., cinquante-sept ans, polypes muqueux dans les deux narines, et, de plus, carcinome épithélial à droite, d'un caractère plus médullaire à sa partie antérieure. La tumeur s'était déjà frayé un passage à travers le canal lacrymal. Mort en 1884.

Le sarcome primitif du nez paraît un peu plus fréquent, et la plupart des exemples de tumeurs du nez mentionnés par les auteurs appartiennent très certainement à la classe des sarcomes. Toutefois, à la façon dont ils sont rapportés, il est simplement permis de conclure qu'il s'agissait d'une tumeur maligne, sans qu'il soit possible d'en préciser la nature. Le plus souvent, en effet, on a négligé de faire l'examen microscopique des tumeurs en question. Fayrer, Viennois, Masson, Hopmann, Wreden et plusieurs autres (1) ont publié (2) des cas de sarcome du nez, et l'observation de Wreden (3) est particulièrement remarquable par l'abondance des détails.

Outre le auteurs cités précédemment, le docteur Max Schæffer m'a communiqué, dans une correspondance particulière, les cas suivants, observés dans sa propre clientèle (4).

Obs. — Le libraire E..., quarante-deux ans, entra en traitement, en 1876, pour des polypes muqueux du nez; il présentait en même temps un fibro-sarcome de la cavité pharyngo-nasale. Celui-ci faisait saillie derrière la face postérieure du voile du palais, et il fut enlevé avec l'anse galvanocaustique. Dans le courant de l'année, les polypes muqueux

(1) Morell-Mackensie, *loc. cit.*
(2) *Medical Times*, May 22, p. 552, 1875.
(3) *Virchow's Archiv.*, t. 93, p. 235,
(4) Rapporté par Delstanche.

prirent aussi un caractère plus fibreux, et puis sarcomateux.

Le malade ne voulut pas au début se soumettre à une opération radicale. Il fut traité avec l'anse froide galvanocaustique, les brûleurs de porcelaine, la cuillère tranchante et l'électrolyse ; hémorragies très abondantes. Mort en 1880, à la suite de violentes épistaxis. Le foie était sarcomateux.

Avant d'entrer plus avant dans la pathologie de ces tumeurs, je me permettrai de citer deux cas observés dans ma propre clientèle, dont l'un est un exemple de carcimone, et l'autre de sarcome primitif du nez.

Obs. II.— Charles B..., cinquante et un ans, marchand de cette ville, me consulta, le 9 décembre 1884, pour une gêne qu'il éprouvait dans le nez. Il me déclara qu'il avait, jusqu'à ce jour, joui d'une bonne santé. Vingt-cinq ans auparavant, il avait eu une gonorrhée, mais, depuis, il n'avait jamais eu d'affections vénériennes d'aucune sorte. Sa maladie actuelle avait commencé trois mois auparavant par un rhume de cerveau spontané, accompagné d'un écoulement abondant des deux narines. La rhinite disparut à droite, mais persista du côté gauche, et l'écoulement devint purulent, peu à peu ichoreux, fétide, avec tendance à former des croûtes qui remplissaient le nez et rendaient impossible le passage à travers la narine gauche. C'est surtout dans les quinze derniers jours que l'écoulement fétide et purulent, aussi bien que les croûtes, augmentèrent sensiblement. Pendant la maladie, le patient a souffert d'un léger écoulement lacrymal de l'œil gauche. Son état général est resté bon, et ce n'est que dans les derniers jours que l'appétit a un peu diminué. Le sommeil est bon, et il n'a jamais ressenti de douleurs.

Le malade est fort et robuste, avec un teint rosé ; il est bien nourri, mais, néanmoins, il a remarqué un léger amaigrissement dans la dernière semaine. Il ne se plaint d'aucune souffrance. L'aile gauche du nez est plus grosse et un peu plus infiltrée à droite ; la narine gauche est remplie de croûtes foncées. Celles-ci enlevées, le côté gauche du nez se montra complètement rempli de croûtes sanguinolentes et

demi-molles, avec une assez grande quantité de sécrétion sanguino-purulente extrêmement fétide. La plus grande partie de cette masse fut enlevée avec la pince et de grands lavages à l'eau chaude; la chambre se remplit d'une puanteur très pénétrante. La narine gauche une fois nettoyée, le fond de la cavité nasale et les deux tiers inférieurs de la cloison parurent couverts d'une muqueuse assez saine, seulement un peu gonflée et hypérémiée. Au contraire, toutes les autres parties des parois de la cavité nasale étaient transformées en une surface irrégulièrement ulcérée et spongieuse, çà et là garnie de tumeurs également ulcérées à la surface, très friables et saignant facilement.

Le cornet inférieur était en partie détruit et en partie transformé en une tumeur de la grosseur d'une noisette qui obstruait une partie du nez. Quand cette masse fut enlevée, le cornet moyen, ainsi que la partie supérieure de la cloison nasale et les parties de la paroi latérale du nez, situées au-dessus du cornet moyen, se montrèrent comprises dans la même masse ulcérée.

Je ne pus pratiquer la rhinoscopie postérieure à cause de l'irritabilité réflexe du malade. Il n'existait pas de gonflement ganglionnaire dans la région rétro-maxillaire et sous-maxillaire. Du côté de l'orbite, rien d'anormal. La vue de l'œil droit est bonne. L'examen au microscope des tumeurs extirpées montra, suivant les recherches de mon ami le docteur A. F. Rasmussen et les miennes propres, que la tumeur était une forme typique de carcinome cylindriforme.

Les 10, 11, 12, 19 décembre, l'extirpation fut pratiquée en partie au moyen de l'anse froide, en partie à l'aide de profondes cautérisations galvaniques des tumeurs, et le 27 décembre, le nez se trouvait dégagé, la formation croûteuse complètement arrêtée, le passage à travers le nez libre; le malade partit alors, avec la recommandation de faire de fréquent lavages et de se présenter de nouveau à la visite avant deux mois.

C'est seulement le 19 avril que je revis le malade. Il s'était bien porté pendant toute la période écoulée. Il était en par-

faite santé. Le poids du corps n'avait pas changé. Le teint était sain; point d'infiltration des glandes lymphatiques de la région. Écoulement purulent insignifiant de la narine gauche; les voies nasales libres. Pour ce qui est du néoplasme, rien de bien distinct ne se montra, si ce n'est, dans la partie supérieure de la cavité nasale correspondant au cornet moyen, quelques points douteux, légèrement saignants au toucher de la sonde, lesquels furent détruits par des cautérisation galvaniques.

Obs. II. — Ingebord Oline I., quatorze ans, fut amenée le 26 septembre 1884 à ma clinique. La malade s'était toujours bien portée jusqu'à ces trois dernières semaines, où pour la première fois elle remarqua une petite tumeur du côté gauche de la cloison, tout à l'entrée de la narine. Elle l'arracha avec son doigt, mais la tumeur récidiva rapidement et arriva bientôt à obstruer complètement la narine gauche, qui devint le siège d'un abondant écoulement de pus strié de sang. Quelques jours auparavant, une dacryocystite s'était développée à gauche.

A l'examen : écoulement sanguinolent abondant de la narine gauche; toute la moitié gauche du nez est complètement imperméable à l'air. Dans la région sous-maxillaire gauche, on constate de grosses tumeurs glandulaires, douloureuses. La moitié gauche du nez est remplie par une tumeur granuleuse, fortement lobée à la surface, paraissant très vasculaire. La consistance de la tumeur est assez solide. Après un examen des plus minutieux, je découvris que la tumeur venait de la partie antérieure de la portion cartilagineuse de la cloison, et présentait une large base. La rhinoscopie postérieure ne montra rien de particulier.

Pendant la chloroformisation, la tumeur fut enlevée avec la cuillère tranchante, la surface d'implantation fut ensuite cautérisée profondément au galvano-cautère. Hémorragies abondantes, mais facilement arrêtées par le tamponnement. On put alors constater que la tumeur présentait une large base qui embrassait presque toute la partie cartilagineuse de

la cloison, et avait attaqué le périchondre à un tel point, qu'après son ablation, on sentait le cartilage dénudé sur une grande surface. La cavité du nez fut remplie avec l'iodoforme et tamponnée. Le 28 novembre, température normale. La dacryocystite avait presque complètement disparu, ainsi que le gonflement ganglionnaire de la région sous-maxillaire. Dans les quinze jours qui suivirent on fit deux cautérisations à l'acide chromique sur la surface d'insertion, et le malade partit guéri le 23 décembre. Un examen fait à la fin d'avril 1885 ne montra aucune trace de récidive D'après les recherches du docteur A. F. Rasmussen, la tumeur était un sarcome médullaire (formé de cellules rondes).

Les cas que nous venons de rapporter sont des exemples typiques de tumeurs malignes primitives du nez et présentent, en y regardant de près, une foule de particularités intéressantes ; je n'insiste que sur les plus importantes.

Ce qui frappe tout d'abord, c'est la différence, généralement très importante, qui existe au point de vue de la rapidité du développement entre le carcinome et le sarcome primitif du nez. Tandis que, trois semaines après sa première apparition, le sarcome a atteint un volume assez considérable, obstrue complètement la fosse nasale et commence à se frayer un chemin vers l'intérieur à travers la fosse nasale, le carcinome se dévelope beaucoup plus lentement, même après trois mois d'existence. On constate cette différence pour le cas de carcinome primitif du nez de Delstanche et le cas de sarcome de Wreden. Dans ce dernier cas, en effet, la marche fut extraordinairement rapide, et le malade succombait six semaines environ après le début de la maladie, tandis que, dans le premier, le carcinome mit trois ans à évoluer et déterminer la mort du patient.

Une autre circonstance assez particulière saute tout de suite aux yeux quand on examine ces deux cas. Ni dans le cas de carcinome de Delstanche, ni dans le mien,

il n'existait d'infiltration des ganglions lymphatiques de la région ; si l'on prend en considération la grande tendance générale des carcinomes à produire des phénomènes métastatiques, on ne peut que s'étonner qu'un carcinome qui croît dans la cavité nasale pendant trois ans (Delstanche) ou qui, en sept mois (Schmigelow), s'est étendu sur une grande partie de l'une des narines, détruisant la muqueuse et les os sous-jacents, n'ait en aucune façon produit de métastases dans les glandes lymphatiques de la région. Il faut considérer cette circonstance comme une particularité caractéristique, au point de vue anatomo-pathologique, des carcinomes de cette partie du corps, particularité qui plaide en faveur de la possibilité d'arriver à une guérison complète de l'affection, par une opération sérieuse et faite en temps opportun, c'est-à-dire avant que le carcinome se soit trop étendu et ait rendu ainsi impossible l'extraction totale du tissu malade.

Étudiés à ce point de vue, les sarcomes présentent aussi les mêmes particularités. Ni dans mon cas, en effet, ni dans ceux mentionnées par Francis Mason, les glandes lymphatiques régionnaires ne présentaient d'infiltration sarcomateuse. Comme je l'ai dit, on trouva chez mon malade du gonflement ganglionnaire dans la région rétro-maxillaire, mais l'infiltration était de nature purement inflammatoire et provenait de l'infection de la muqueuse nasale enflammée, qui était irritée par la progression rapide de la tumeur. La justesse de mon jugement fut démontrée par la marche que prit plus tard le cas, car après que le sarcome et avec lui l'irritation eurent été enlevés, la douleur et la tuméfaction ganglionnaire disparurent.

De sécurité absolue contre la métastase, on n'en a point. Watson (1) parle aussi d'un cas où il s'agit d'un polype du nez, lequel fut enlevé deux fois et donna lieu

(1) Page 288. Voyez aussi Ophtalmie, *Hopital's Reports*, vol. IV, p. 98.

à un glande enflée et douloureuse derrière la mâchoire inférieure. Cette glande s'accrut et se termina par une ulcération. Le malade mourut neuf mois après la seconde opération, par suite de l'extension de la tumeur primaire dans des parties voisines du nez et de l'ulcération consécutive. Le cas de sarcome primitif du nez, rapporté par Max Schæffer, montre, en outre, que la métastase peut se produire en de semblables circonstances dans des parties plus éloignées du corps, dans le foie, par exemple.

Au point de vue anatomo-pathologique, mon cas est un bel et typique exemple de carcinome cylindriforme. Comme celui-ci, il était surtout uni à la muqueuse, s'étendant en surface. sans tendance prononcée à envahir les parties profondes et à attaquer la substance osseuse. C'est ce qui explique ce fait, en apparence extraordinaire, que dans les cas présents, contrairement à ce que l'on observe dans le cancer de la partie supérieure des fosses nasales, on ne vit se produire aucun symptôme du côté de l'orbite ou de la cavité nasale, et que le nez conserva sa forme normale.

Pour cette raison, je crois que le sarcome cylindriforme du nez doit être considéré comme la forme de carcinome pour laquelle le praticien est autorisé à fonder le plus d'espérances sur un traitement local destructif, commencé à temps et sérieusement poursuivi. On conçoit facilement, en effet, qu'ayant affaire à une tumeur qui est surtout en connexion avec la cavité nasale, et n'a point de tendance prononcée à percer la charpente osseuse du nez pour s'accroître ensuite dans des cavités inaccessibles à un traitement sérieux (cavité du crâne, etc.), on a les plus grandes chances d'arriver à une guérison radicale.

Bien que tous les traités désignent l'épistaxis spontanée comme un des symptômes caractéristiques des tumeurs malignes du nez, je dois faire observer que dans les deux cas qu'il m'a été donné d'observer, il ne se produisit

aucune hémorragie spontanée. L'absence de ce symptôme chez le malade du carcinome paraîtra d'autant plus frappante, que la tumeur, on s'en souvient, était des plus friable, et le processus ulcératif très étendu.

Un autre fait remarquable aussi, c'est l'absence totale de douleurs et d'autres phénomènes subjectifs chez notre malade. L'obstruction de la narine correspondant à la tumeur et l'écoulement abondant, étaient les seuls symptômes gênants de cette grave affection. Il faut encore ajouter, pour l'un des malades, la dacryocystite, qui était due à la propagation du violent catarrhe du nez au canal naso-lacrymal.

Tandis que les carcinomes naissent à peu près exclusivement de la partie supérieure de la cavité nasale, en particulier de l'ethmoïde (dans le cas de J. Duplay, le carcinome partait de la cloison), on trouve dans la littérature médicale des exemples qui démontrent que les sarcomes peuvent naître d'un point quelconque des parois de la cavité nasale. Dans mon cas, le sarcome était issu du périchondre, sur la partie cartilagineuse de la cloison, tout près de l'entrée de la narine. Sous ce rapport, il ressemble tout à fait à celui de Mason. Au contraire, tous les sarcomes primitifs observés par Wreden, avaient pris naissance à la partie supérieure de la narine gauche sur le cornet supérieur, ou bien dans les cellules ethmoïdales ; quelque chose de semblable s'est produit dans les cas cités par Hopmann (1). *(A suivre)*

DE LA SYPHILIS DE L'OREILLE (*suite*)

par J. Baratoux (2).

Accidents syphiliques de l'oreille externe.

Dans l'état actuel de la science, il est fort difficile de connaître le nombre d'individus qui, atteints de syphilis, présentent les lésions de l'oreille.

(1) *Virchow's Archiv*. 93 B., p. 235.
(2) Voir *Revue*, n° 12, décembre 1884.

En effet, on chercherait en vain dans les divers traités d'affections auriculaires ou vénériennes une statistique pouvant donner une idée assez exacte de la question. Cependant quelques auteurs ont essayé d'établir la fréquence des troubles de l'audition chez les syphilitiques.

Ainsi, Ravogli a noté que les oreilles externe ou moyenne présentaient des manifestations spécifiques chez 16 individus sur un total de 144 syphilitiques qu'il a examinés, ce qui donnerait une proportion de 11 lésions auriculaires par 100 vénériens. C'est la proportion la plus forte qui ait été signalée, car Buch n'a trouvé que 20 cas de maladies de l'oreille sur 3,976 syphilitiques, soit 1/132.

Nous verrons plus loin que la plupart des auteurs, qui ont cité des chiffres, ont constaté un rapport moindre, mais il est utile d'ajouter que loin d'avoir recherché, comme Buch, les manifestations vénériennes sur toutes les parties de l'organe de l'ouïe, ils ne se sont attachés qu'à l'étude des lésions cutanées. Et encore, il faut dire que dans la plupart des hôpitaux où sont soignées les maladies vénériennes ou cutanées, on ne recherche guère les lésions de l'oreille; c'est ce qui fait que dans la statistique produite par quelques médecins des hôpitaux, la proportion des lésions auriculaires est faible; au contraire, dans les dispensaires de maladies des oreilles, le chiffre des affections de l'ouïe consécutives à la syphilis est plus élevé.

Pour contrebalancer ces deux causes d'erreur, le professeur Gruber, chargé d'un des services des maladies auriculaires à l'Hôpital général de Vienne, a examiné les syphilitiques des salles de ses collègues, Hébra et Sigmund, et a constaté de nombreux cas d'affections spécifiques de l'oreille.

Nous plaçant dans les mêmes conditions que notre excellent maître, nous avons fait à Paris des recherches analogues aux siennes, et, grâce à l'obligeance de M. Besnier, de l'hôpital Saint-Louis, et de M. Simonet,

du Midi, nous avons pu noter que l'oreille était plus souvent atteinte par la syphilis qu'on ne le croit généralement, puisque nous avons trouvé en moyenne un malade sur quinze présentant une lésion syphilitique d'une des parties de l'organe de l'ouïe.

Tel serait le résultat auquel nous serions arrivé pour la syphilis acquise; quant à la syphilis héréditaire, la proportion serait beaucoup plus élevée. Hutchinson, qui a noté incidemment la surdité chez des malades atteints d'affections syphilitiques héréditaires de l'œil, a constaté 15 cas de surdité sur 102 malades présentant des troubles de la vue; nous croyons nous rapprocher davantage de la vérité en disant que, dans plus de la moitié des cas, la syphilis attaque l'oreille.

L'oreille externe peut être le siège d'accidents primitifs, secondaires ou tertiaires.

I. — Accident primitif.

L'accident primitif n'a été que très rarement observé sur l'oreille externe. Le chancre, dit M. le professeur A. Fournier, pouvant se rencontrer sur toute l'étendue de l'enveloppe tégumentaire cutanée ou muqueuse, il ne paraîtra pas étrange qu'on puisse le voir se développer sur le pavillon; mais il est vrai que c'est une localisation insolite. En effet, M. Fournier, qui émettait ces idées dans ses leçons cliniques, faites à l'hôpital de Lourcine, les a vues se réaliser depuis dans son service à l'hôpital Saint-Louis.

Dans un premier cas, rapporté par M. Hulot, un tonnelier, âgé de vingt-un ans, vit survenir en avant de l'oreille gauche, en arrière de la branche montante du maxillaire, immédiatement à la base des tragus, un bouton qui, écorché à diverses reprises, se transforma en une ulcération ovale de la dimension d'une amande. Une croûte brunâtre recouvrait cette plaie dont les divers caractères : aspect de chair musculaire, comme grisâtre, adhérente et presque centrale; oreille violacée,

zone enflammée étroite, base indurée chondroïde et élastique, ne laissaient aucun doute sur sa nature. Ce chancre était accompagné d'une pléïade de ganglions durs, indolents, placés sous l'apophyse mastoïde correspondante. Le malade présentait en outre des taches sur le corps, des plaques muqueuses sur les amygdales et des syphilides papulo-érosives au scrotum, lors de son entrée à l'hôpital Saint-Louis (novembre 1877).

Dans ce cas, il fut impossible de découvrir l'étiologie de l'accident primitif. Mais il n'en est pas de même dans le fait suivant, que nous avons observé à l'hôpital Saint-Louis, et qui a été publié par MM. Perrin et Lavergne (1), dont nous résumons l'observation.

Le 25 octobre 1882, un homme âgé de vingt-six ans, s'étant pris de querelle avec un lutteur, reçut un coup de dent qui lui emporta un morceau de l'oreille gauche. La plaie, qui saignait beaucoup, fut pansée par un pharmacien. Au bout d'une semaine, elle était cicatrisée, mais il restait une croûte qui persista pendant trois semaines. Le malade l'enleva; la plaie s'ouvrit de nouveau et fournit un suintement peu abondant, mais elle « mangea tout autour d'elle », selon l'expression du malade. A la fin de décembre, taches sur le corps et plaques dans la gorge. Lors de son entrée à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Fournier (15 janvier 1883), on constate que, « l'oreille gauche, dans son tiers » inférieur, le sillon auriculo-temporal, l'apophyse mas- » toïde, la partie supérieure de la région sterno-mastoï- » dienne du même côté, sont en partie masqués par un » vaste chancre phagédénique. Du côté de l'oreille, la » moitié du lobule, la terminaison de l'hélix et de l'anthé- » lix, ont été détruits et une profonde ulcération a rongé » jusqu'au tragus. » L'ulcération s'étend sur la face postérieure du pavillon et gagne la peau qui recouvre l'apophyse mastoïde. « A la partie moyenne existe une

(1) Lavergne et Perrin, *Contribution à l'étude des chancres extra-génitaux* (*Annales de Dermat et de Syph*. II série, t. V, n° 6, p. 336.)

» vaste fissure... Le fond est recouvert d'un liquide jau-
» nâtre assez abondant. Les parois ont un aspect terne
» et grisâtre; elles sont mamelonnées et irrégulières...
» Au niveau de l'oreille, les lésions ulcérées ont une cou-
» leur rouge foncé, luisante ; une sérosité peu abondante
» en recouvre la surface. » Au niveau de la face posté-
rieure du pavillon, les parties ont un aspect jaunâtre, mamelonné, leurs bords sont irréguliers. Indolence absolue à la pression. « Le siège particulier de la lésion
» reposant d'une part sur les plans osseux, d'autre part,
» sur le cartilage de l'oreille ne permet pas de constater
» l'induration. »

Les régions sous-maxillaire, parotidienne, sterno-mastoïdienne, sont le siège d'une énorme pléïade ganglionnaire, indolente.

On constate de plus, sur le corps, des syphilides érythémateuses, papuleuses, papulo-squameuses et papulo-croûteuses.

A ces deux cas, nous en ajouterons un troisième que nous avons observé en avril 1882. Un capitaine de la marine marchande nous montra, au mois de février précédent, un de ses hommes d'équipage qui étant pris de boisson, s'était battu quelques jours auparavant avec un de ses camarades. Celui-ci l'avait mordu à l'oreille droite, et avait entamé la peau de la partie inférieure de l'hélix et de l'anthélix, ainsi que la région voisine de la conque. L'hémorragie qui suivit fut facilement arrêtée par de la poudre de tabac et de l'amadou.

Lorsque nous vîmes le malade, la plaie qu'il avait lavée avec du vin et de l'eau alcoolisée était en voie de guérison. Dans le courant du mois d'avril, nous fûmes fort surpris de voir ce marin venir nous consulter pour sa plaie de l'oreille qui ne voulait pas guérir. Il nous raconta qu'à la suite de ce pansement, elle s'était cicatrisée. mais que huit jours après, c'est-à-dire vers la fin de février, elle s'était ouverte de nouveau et avait gagné les parties voisines, comme nous pûmes le constater.

Cette ulcération, qui présentait les caractères du chancre décrit par M. Hulot, occupait le tiers inférieur de la partie externe de l'hélix, de l'anthélix et la moitié environ de la face externe de la conque, et s'étendait aussi sur la face interne de ces parties.

Les ganglions sous-maxillaires et mastoïdiens du même côté étaient engorgés.

En même temps existait une roséole abondante sur tout le corps.

Le chancre de l'oreille est donc un accident très rare, puisqu'il ne paraît avoir été observé que trois fois. Cependant plusieurs auteurs l'ont cherché, Grüber entre autres, puisqu'il dit ne pas l'avoir constaté, quoiqu'il eût fait ses recherches dans plusieurs services importants de maladies vénériennes.

Une des causes de sa rareté doit tenir à ce que l'attention des observateurs n'est pas portée à regarder l'oreille comme le siège de l'accident primitif; il peut alors passer inaperçu, mais il est probable que si l'on tenait compte de la possibilité de son développement en cet endroit, on arriverait peut-être à le découvrir quelquefois dans les pays où les morsures ou l'arrachement du pavillon par les dents sont assez fréquents, comme dans le Tyrol, par exemple, ainsi que l'a constaté E. Hofmann.

Le chancre de l'oreille ne présente pas de caractères différents de ceux des autres parties de la peau, si ce n'est toutefois sa tendance au phagédénisme, comme sembleraient le prouver les faits que nous rapportons.

Quant au diagnostic, on devra le baser sur l'aspect de l'ulcération, l'adénopathie concomittante ; et, lorsque la roséole apparaîtra aucun doute ne sera plus possible sur la nature de l'affection.

Telles sont les syphilides les plus habituelles de l'oreille externe. Quelques auteurs ont encore signalé les ulcérations du conduit dans la période avancée de la syphilis secondaire. Elles déterminent une sécrétion abon-

dante et entament le derme, tantôt superficiellement, tantôt profondément ; leurs bords sont abrupts ou taillés en pente, leur fond est lisse, poli et inégal. Leur siège serait à l'entrée du conduit (Baumès), ou profondément sur la paroi inférieure de la portion cartilagineuse (Buch, Politzer). Elles sont rebelles au traitement.

M. Mauriac en a vu un cas sur le pavillon et dans le conduit de l'oreille gauche d'un syphilitique qui ne put s'en débarrasser qu'après six mois de traitement.

D'après Schwartze, ces ulcérations pourraient se développer en forme d'anneau et laisser après elles un rétrécissement considérable du canal.

Diagnostic. — Le diagnostic n'offrira aucune difficulté pour les papules du pavillon et du conduit, soit qu'elles soient isolées ou réunies en nappe, soit qu'elles forment des condylomes. Les accidents syphilitiques concomittants aideront à faire connaître la nature de la maladie. En outre, l'odeur caractéristique du pus et la marche de la maladie suffiront par rendre toute erreur impossible.

Pronostic. — Favorable généralement ; à moins que le manque de soins ne laisse l'affection gagner l'oreille moyenne en perforant la membrane tympanique.

Traitement. — Si ces syphilides sont facilement curables et guérissent même sans traitement local autre que des soins de propreté, elles repullulent aussi rapidement.

Il est nécessaire de prescrire un traitement général approprié au malade et à la maladie.

Il n'y a rien de particulier à signaler pour les syphilides des pavillons. Pour le conduit, il faudra l'entretenir dans un état de propreté qui souvent suffit pour amener la guérison des accidents locaux.

On a conseillé de faire des injections détersives et désinfectantes ou légèrement caustiques, puis d'y appliquer des pommades au précipité, ou d'y instiller des solutions de chlorure de zinc et de sublimé.

Nous employons généralement les injections d'eau tiède dans laquelle nous ajoutons par litre deux cuille-

rées à café de sulfate de soude qui a l'avantage de dissoudre les substances albuminoïdes du pus, ou encore les lavages avec une solution de sublimé au 1/1000; puis nous séchons bien l'oreille avec une tige garnie de coton et nous insufflons ensuite dans le conduit de la poudre d'acide borique porphyrisée. En quelques jours, on obtient une amélioration notable, si ce n'est la guérison.

Le traitement syphilitique ne paraît pas avoir une action sur les condylomes dont la durée n'est pas déterminée.

En employant des soins de propreté (lavages, etc.) ou mieux le traitement précédent, ou ne tarde pas à les voir s'atrophier, se résorber, comme le dit le professeur Fournier. Au bout d'un peu de temps, la guérison est complète.

Pour obtenir une résolution plus rapide, on les touche avec une solution forte ou même avec le crayon de nitrate d'argent, ou encore avec une solution de nitrate acide de mercure, jusqu'à ce qu'on obtienne une coloration blanche ou rouge. On fait ensuite une injection, puis on sèche le conduit avec de l'ouate, et on y insuffle de la poudre d'acide borique.

Nous ne sommes pas partisan de leur excision, comme Trœltsch l'a recommandé. Nous croyons même que les cicatrices laissées par les condylomes sont dues à une intervention chirurgicale.

II. — Accidents secondaires de l'oreille externe

Les manifestations secondaires de la syphilis sur l'oreille externe ressemblent à celles des autres parties de la face; si, toutefois, elles paraissent revêtir dans le conduit un caractère spécial qui de prime abord pourrait en imposer ponr une forme particulière d'otite, comme l'ont cru quelques auteurs, cela est dû à la même cause qui fait qu'à la vulve, par exemple, les lésions syphilitiques prennent parfois un aspect un peu différent de

celui qu'elles ont sur le reste du corps, sans cependant constituer pour cela un genre de syphilides propres à l'oreille.

Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la fréquence des éruptions spécifiques de l'oreille externe. Ainsi, les uns, avec Stöhr et Schwartze, croient que les lésions du pavillon sont rares, tandis que les autres, comme Grüber, pensent qu'on les voit assez souvent. Il en est de même pour le conduit où Ravogli n'a jamais vu d'inflammation due à la syphilis et où Knapp a observé un seul cas d'otite externe sur 10,000 malades environ, tandis que M. Desprès en a rapporté cinq cas, sur 1,200 syphilitiques. D'autres auteurs, plus heureux, ont pu en constater un plus grand nombre de fois, tel M. Besnier qui nous a dit en avoir rencontré à diverses reprises.

S'il y a une telle divergence d'opinion entre les auteurs, c'est que ceux-ci ne recherchent pas les lésions du conduit. En interrogeant plusieurs internes des services des maladies vénériennes et cutanées, sur la fréquence des lésions de l'oreille dans la syphilis, nous avons obtenu des réponses souvent contradictoires; mais en examinant nous-mêmes les malades, nous avons pu trouver jusqu'à huit individus porteurs de syphilides ignorées du conduit, dans une salle contenant 60 lits.

Aussi sommes-nous de l'avis de notre maître le professeur Grüber qui, ayant fait ses recherches dans les services d'Hébra et de Sigmund, constata que les lésions de l'oreille externe étaient plus fréquentes qu'on ne le croyait généralement dans le cours de la syphilis. Nous avons eu maintes fois l'occasion de vérifier l'exactitude de cette opinion, soit à notre clinique, soit dans les différents services des hôpitaux, notamment dans celui de M. Besnier qui, lui-même, nous en a montré un assez grand nombre de cas. Du reste, on peut rencontrer presque quotidiennement dans son service quelques malades qui présentent des syphilides du pavillon ou du conduit auditif externe.

Nous allons étudier successivement les lésions que l'on peut rencontrer sur ces deux organes.

Pavillon. — Le pavillon et le sillon auriculo-mastoïdien peuvent être le siège d'une éruption discrète ou confluente de papules qui sont tantôt rougeâtres, dues à l'infiltration circonscrite du derme et n'offrant aucune desquamation à leur sommet, tantôt plates, arrondies, de couleur rosée à leur début, puis plus tard rouge sombre, se desquamant alors à leur surface de manière à présenter une sorte de collerette blanchâtre à leur circonférence. Elles restent toujours sèches; dans la suite, elles s'affaissent, deviennent maculeuses et disparaissent au bout de quelques semaines ou de quelques mois sans laisser aucune trace.

On rencontre encore les papules qui paraissent tout d'abord être des pustules; ce sont des papules dont la surface blanchâtre est surmontée d'une petite croûte centrale, de couleur jaune ou brune. Au-dessous de celle-ci, on ne trouve pas de pus, mais quelques cellules en régression, contenues dans une dépression cupuliforme du sommet de la papule.

Dans le sillon auriculo-temporal, on voit généralement des plaques en forme de verrues sèches et squameuses ou des plaques rouges, humides, saillantes, formant un bourrelet induré. Elles sont dues à la réunion d'une série de papules qui s'enflamment et se fissurent avec une grande facilité.

Il n'est pas rare de voir les syphilides se développer au niveau de la perforation du lobule destinée à laisser passer la boucle d'oreilles. *(A suivre)*

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

Le menthol, comme succédané de la cocaïne pour produire l'anesthésie locale dans le nez et le pharynx.

Le docteur Albert Rosenberg (de Berlin) vient de publier un article sur les propriétés anesthésiques du menthol.

Nous croyons utile de le mettre sous les yeux des lecteurs français, qui y trouveront peut-être matière à des essais physiologiques et thérapeutiques.

L'auteur a été amené, à cause du prix élevé de la cocaïne, à essayer un nouveau moyen, qui, sans remplacer tout à fait celle-ci, peut lui être substitué dans une certaine mesure.

Les personnes chez lesquelles il avait « cocaïnisé » la muqueuse nasale, avaient le plus souvent accusé dans le nez une sensation de froid, qui est encore plus prononcée sur la langue, quand on touche cet organe avec la même substance.

Cette observation conduisit le docteur Rosenberg à rechercher si par l'emploi d'autres anesthésiques produisant le froid sur la muqueuse du nez, il pourrait diminuer la sensibilité de cette dernière et réduire le gonflement des cornets.

Il badigeonna la muqueuse du nez avec de l'éther. Il constata presque aussitôt une notable réduction dans la tuméfaction de la partie antérieure des cornets; après une courte sensation de brûlure (s'élevant dans quelques cas jusqu'à la douleur), les sujets respiraient beaucoup plus librement; cet effet se maintient environ un quart d'heure. La sensibilité n'était que légèrement diminuée. Par la liberté de la respiration nasale, c'est-à-dire la déplétion des espaces caverneux, disparurent des névroses réflexes existantes. Dans deux cas, il s'agissait d'une oppression fort prononcée, et une fois il y avait une névralgie sus-orbitaire.

La sensibilité n'ayant pas beaucoup baissé, le froid ainsi produit n'avait pas paru à l'auteur être assez intense. Il modifia ses essais, en ce sens qu'au lieu d'éther pur, il employa une solution éthérée de menthol à 20 °/₀. Le menthol contenu dans le « Migrænestifte » appliqué sur la peau produit une vive sensation de froid, il accumulait ainsi les effets de l'éther et du menthol.

Jusqu'ici, il a employé le moyen dans 70 cas, et obtenu des effets plus prononcés qu'avec l'éther seul, l'action s'est manifestée souvent aussitôt après l'application, dans d'autres cas, après une demi au plus tard une minute. Il était facile de *constater immédiatement un dégonflement des cornets* et de se convain-

cre par la sonde de *la diminution prononcée de sensibilité*. La muqueuse des cornets est un peu moins pâle qu'après l'usage de la cocaïne. L'auteur n'a pas observé d'autres conséquences, telles que l'inflammation ou la cautérisation de la muqueuse, etc.

Il introduisait un tampon d'ouate gros comme une lentille ou un pois dans la pincette de von Tröltsch, après l'avoir trempé environ quart de minute dans la solution, et il faisait l'attouchement.

Dans les 40 premiers cas, où il a employé ce moyen, il s'agissait 9 fois de névroses réflexes; dans les 31 cas restants, il y avait une simple obstruction du nez, produite par un fort engorgement des espaces caverneux. Dans les deux espèces de cas, les troubles disparurent presque aussitôt. Dans un cas — il s'agissait d'une sensation de corps étranger dans le cou — celle-ci ne fut pas complètement supprimée. Un badigeonnage pratiqué avec une solution de cocaïne à 20 °/₀, comme contrôle, ne parvint pas à produire plus d'effet. Les huit autres névroses étaient : 1° une vive douleur de pression sur les pariétaux; 2° et 3° névralgie sus-orbitaire; 4° et 5° douleurs entre les épaules, auxquelles s'ajoutèrent dans un cas des palpitations et une sensation de froid dans le cou; 6° sensation de corps étranger; 7° douleurs sous forme de piqûres dans le cou; 8° oppression.

La durée de la disparition de tous ces phénomènes n'est pas tout à fait aussi longue que par l'emploi d'une solution de cocaïne à 20°/₀; toujours elle est d'un quart et d'une demi-heure; dans quelques cas, elle se prolonge jusqu'à 1 et 1 heure 1/2. Il semble que le menthol ait des effets accumulatifs; du moins chez quelques sujets qui furent touchés plusieurs fois, c'est-à-dire plusieurs jours de suite, l'effet se maintint 2 et 3 heures en dernier lieu, tandis qu'au commencement, il durait à peine une demi-heure. C'est ainsi que deux malades ont été presque complètement guéris — du moins momentanément — d'une hypérémie des espaces caverneux et de la gêne respiratoire consécutive.

Pour éviter la douleur produite par l'application, l'auteur emploie une solution alcoolique de menthol (de 20 °/₀ à 50 °/₀,

c'est-à-dire dans ce dernier cas d'une partie d'alcool et d'une de menthol).

Dans les derniers temps, il a eu recours presque exclusivement à des solutions huileuses, qui n'ont que très peu d'inconvénients. Avec des solutions concentrées, les sujets accusent quelquefois une sensation de brûlure dans le cou; elle disparaît après quelques fortes expirations. Il faut dire au malade de respirer profondément par le nez; la douleur fait place rapidement à une sensation agréable de fraîcheur. Même à l'état normal, la respiration devient plus libre après un attouchement; les sujets disent qu'ils « se sentent plus légers de la poitrine. »

La *sensibilité* fut abolie dans quelques cas avec une solution à 30 °/ₒ, ordinairement pendant 1 à 3 minutes; il y avait alors un stade pendant lequel l'état normal revenait insensiblement.

Avec une solution éthérée de menthol à 20 °/ₒ, l'auteur a pu toujours constater une grande diminution de la sensibilité sur la muqueuse de la gorge, parfois même c'était une anesthésie pour ainsi dire complète.

Le même moyen a facilité dans certains cas l'examen laryngoscopique; il y a donc une diminution de l'excitabilité réflexe. Cette sensation désagréable d'empâtement que l'on remarque avec la cocaïne, fait ici défaut. Les douleurs à la déglutition produites par une angine, cédèrent au badigeonnage des amygdales avec le menthol chez deux sujets.

Pour obtenir des effets anesthésiques sur la paroi postérieure du pharynx, le mieux est d'employer une solution à 50 °/ₒ, et de 20-50 °/ₒ sur le voile. L'anesthésie complète dure 1-3 minutes et plus longtemps. Dans deux cas de pharyngite granuleuse, le docteur Rosenberg a pu cautériser avec l'acide chromique, sans produire la moindre réaction douloureuse ou réflexe, après avoir eu recours au préalable à la solution alcoolique de menthol. Celle-ci diminue également les douleurs produites par les opérations galvano-caustiques dans la gorge.

Le badigeonnage du pharynx produit également comme

pour le nez une légère brûlure, et rarement une sensation désagréable au goût. Si l'on a soin de faire arriver de l'air frais sur la partie touchée, en respirant, la bouche ouverte, la sensation désagréable disparaît très vite.

En touchant le *larynx* avec une solution à 10 0/0, l'auteur put constater pendant quelques minutes une diminution notable de la sensibilité. Des solutions plus concentrées produisaient ordinairement trop de toux pour permettre d'en continuer l'emploi. Le prix du menthol est relativement faible : 1 gr. coûte 0,20 à 0,25 mark (le mark vaut 1. fr. 25). Le docteur *Rosenberg* est loin de vouloir proposer le menthol pour remplacer la cocaïne ; il pense cependant, pour se résumer, que ce moyen peut être conseillé :

1° Dans les badigeonnages préparatoires du nez, c'est-à-dire quand il s'agit de savoir si une névrose a son point de départ dans le nez.

2° Dans le cas d'opérations, quand la sensibilité est trop prononcée, qu'il s'agit de diminuer autant que possible la douleur et les mouvements réflexes.

3° Dans le pharynx, le menthol peut également remplacer la cocaïne, soit pour faciliter l'examen, soit pour rendre plus aisée et moins pénible, une opération.

4° Dans le larynx, l'essai jusqu'ici n'est pas assez démonstratif, quoique la sensibilité soit diminuée et que la respiration soit plus libre (même chez un sujet atteint d'adduction des cordes vocales).

L'auteur a pris ces sujets d'étude à la polyclinique du professeur B. Fraenkel. Il annonce une prochaine communication sur une modification de la technique opératoire dans l'emploi de ce nouvel agent anesthésique (*Berliner klinische Wochenschrift*, n° 28, 13 juillet 1885). Dr SCHIFFERS.

BOUCHE ET PHARYNX.

Nouvelles recherches sur la pathogénie de l'angine herpétique, par le Dr A. OLLIVIER (*Congrès de l'Assoc. franç.*, 5 sept. 1884). Paris chez A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Ollivier rappelle à ce qu'il déjà dit en 1871, à savoir que bon nombre d'angines herpétiques pourraient bien n'être

qu'un zona de la branche moyenne du trijumeau. Il apporte 3 autres cas à l'appui de l'origine nerveuse de l'angine herpétique.

Dans le premier, il s'agit d'une fille de 14 ans, atteinte dans sa première enfance d'une otorrhée du côté droit et d'une ophtalmie à gauche dont il existe encore des traces.

Après un refroidissement, elle éprouva des maux de tête, une courbature générale et des maux de gorge. Catarrhe de la muqueuse nasale et de la conjonctive. A l'inspection de la cavité buccale les amygdales rouges, tuméfiées et recouvertes de vésicules irrégulières, blanchâtres. Le lendemain, il y en avait aussi au pharynx, sur la langue, surtout dans son tiers postérieur, sur le bord libre et la surface antérieure de la paupière supérieure droite et au pourtour de la caroncule lacrymale et enfin aussi sur les ailes du nez et sur les lèvres. Après une durée de quelques jours les vésicules desséchèrent et tout rentra dans l'ordre.

Le second cas, chez une fille de 18 ans, il survint après un changement de température anquel la malade s'était exposée. Elle ressentit des piccotements dans la gorge et des troubles de la déglutition. On put constater une éruption herpétique sur les deux amygdales, sur les piliers, sur le voile du palais et sur la paroi postérieure du pharynx; ensuite dans la région des deux frontales internes et externes. En même temps il y avait gonflement des deux articulations tibio-tarsiennes. Les symptômes du côté du cou cessèrent mais, bientôt après, on put constater un érythème noueux aux deux jambes et un érythème papuleux sur la face dorsale des mains et les deux avant-bras. Trois semaines après, tous ces symptômes avaient diparu.

Chez une troisième fille de 19 ans des vésicules herpétiques se montrèrent surtout sur l'amygdale droite et sur le trajet du nerf sous-occipital.

Dans ces 3 cas, les éruptions correspondent exactement au trajet des branches nerveuses. Mais elles ne restèrent pas limitées à une branche par exemple, le trijumeau et le glosso-pharyngien étaient atteints en même temps. Pour expliquer ce fait, *Ollivier* admet une anastomose entre le trijumeau et le

glosso-pharyngien qui, jusqu'à présent, il est vrai, n'a été démontrée par aucun anatomiste. Il donne la préférence à cette seconde hypothèse : savoir que l'affection des deux nerfs est due à la même cause.

Cette cause est ordinairement le refroidissement. Il fait observer en outre que l'angine herpétique frappe plus souvent la femme que l'homme et plus fréquemment pendant la menstruation qu'à toute autre époque, l'organisme devenant alors plus accesible à toute influence nuisible. Dr L. L.

Hygroma de la langue (*Hygroma of the tongue*), par le Dr J. Zeisler.

Chez une jeune fille de neuf ans et présentant une assymétrie considérable de la face, l'auteur constata que la surface de la langue était recouverte de petits kystes du volume d'une tête d'épingle à celui d'un pois. On trouvait aussi une agglomération de vésicules semblables sur la muqueuse de la joue droite près de la commissure labiale. Il considère ce fait comme un exemple de dégénérescence colloïde de la muqueuse. La parole et les mouvements de la langue n'étaient nullement gênés. Le traitement employé fut la galvano-puncture des kystes. Il n'existe dans la littérature médicale que deux cas de ce genre. (*N. Y. Med. Journ*, 28 février 1885.)

J. Ch.

De la glossite profonde aiguë, par Caulier.

L'auteur préfère cette dénomination ancienne à celle de glossite parenchymateuse, étant donné que les altérations anatomo-pathologiques atteignent plus souvent le tissu interstitiel que le vrai tissu parenchymateux.

Cette thèse contient 2 observations personnelles de glossite profonde. — Dans le premier cas il s'agissait d'un homme de 60 ans qui, ayant souffert la veille de douleurs dans la gorge, se réveilla subitement dans la nuit et sentit dans sa bouche une grande masse charnue qu'il ne pouvait pas remuer. Il lui fut

impossible d'articuler un son et il éprouva de légers troubles respiratoires.

Après une simple application de sangsues au niveau des régions rétro et sous-maxillaires, l'état du malade s'améliora et trois jours plus tard il était guéri.

Le second cas est relatif à un homme de 48 ans qui souvent dans sa jeunesse avait souffert d'amygdalites parenchymateuses et qui s'aperçut, dans la nuit, que le volume de sa langue était augmenté. La veille il s'était plaint de maux de gorge et de dysphagie.

La base de la langue hypertrophiée est très douloureuse au toucher. Le 3e jour le malade est pris d'une forte dyspnée, de frissons, et on perçoit une certaine fluctuation vers la base de la langue. Incision de l'abcès. Guérison.

L'auteur cite encore 4 cas de glossite profonde pris dans la littérature et donne une esquisse de l'étiologie, des symptômes et de la thérapeutique de cette affection.

Les travaux récents, tels que ceux de Massei, Grazzi et bien d'autres, n'ont pas été mentionnés dans cette thèse, dans laquelle la biographe est un peu écourtée. (*Thèse de Paris*, nº 112, 4 février 1885.) Dr L. L.

Traitement des fistules salivaires du canal de Sténon,
par le Dr Coursier

Dans cette thèse, l'auteur traite les différents procédés opératoires pour guérir les fistules du canal de Sténon. Il insiste particulièrement sur la nouvelle méthode de Richelot (communication à la Société de chirurgie, séance du 5 juillet 1883).

Le sujet sortant un peu du cadre de notre journal, nous nous bornerons à renvoyer le lecteur, que cette question intéresse, au travail original. (*Thèse* nº 89, 10 janvier 1885, Paris, chez Ollivier Henry.) Dr L. L.

De l'œdème suraigu suffocant de la luette,
par le Dr Ballet.

M. Ballet décrit 3 cas, dans lesquels il survint subitement un œdème de la luette *a frigore*. Dans le premier cas surtout

le malade éprouva une dyspnée intense qui ne cessa que lorsque M. B... eût sectionné la luette. Des scarifications n'avaient pas suffi. Dans le second cas elles déterminaient un dégonflement suffisant et dans le troisième cas un simple gargarisme astringent eut vite raison de la tuméfaction de la luette. (*La France méd.*, nº 27, 5 mars 1885.)

Dr L. L.

Contribution à l'étude des végétations adénoïdes de la voûte du pharynx. (*A contribution to the study of adenoid vegetations at the vault of the pharynx*), par Beverley-Robinson.

D'après Bosworth et Swinburne aux Etats-Unis, Meyer à Copenhague, les végétations adénoïdes seraient fréquentes. Sur 148 malades soignés par Swinburne, de janvier 1882 à septembre 1883, pour des affections de la gorge et des oreilles, 15, soit 1 sur 10, étaient atteints de végétations adénoïdes. Sur 2,000 enfants examinés à Copenhague par Meyer, 20 avaient aussi des végétations. L'auteur ne les croit pas si fréquentes. Il est vrai qu'il n'accorde le nom de végétations adénoïdes qu'à celles qui forment des tumeurs assez développées et non pas aux hypertrophies glandulaires de la voûte du pharynx analogues à celles qu'on observe dans la pharyngite granuleuse. Suit l'histoire d'un cas des végétations très volumineuses opérées par lui au St-Luke's Hospital.

Les végétations adénoïdes bien développées sont relativement rares à New-York : la surdité n'en est pas toujours la conséquence, et dans les cas observés par l'auteur, elles se présentaient sous la forme de tumeur sensible et ne saignant pas facilement. Les malades ont une prononciation défectueuse. Toutefois, dans aucun des cas observés par lui, rien ne vient à l'appui de ce fait sur lequel a insisté Meyer, à savoir, la difficulté qu'éprouvent les malades à émettre certaines consonnes. Sans doute ils prononcent certains mots avec difficulté, mais on peut l'expliquer par ce fait que les fosses nasales ont perdu leur résonnance normale.

Les végétations adénoïdes coïncident souvent avec la rhinite chronique hypertrophique, et les malades qui en sont

atteints sont aussi, le plus souvent, affectés de pharyngite granuleuse. — L'hérédité paraît avoir une influence sur le développement des végétations. L'auteur discute ensuite le mode de traitement et préconise l'emploi du galvano-cautère qui ne détermine aucune complication du côté des oreilles ou du pharynx si on en fait usage avec prudence en ayant soin de ne laisser que quelques secondes le fil incandescent en contact avec les tissus. *(N. Y. Med. Journ.*, 7 février 1885.)

J. Ch.

Des polypes naso-pharyngiens, par le prof. Trélat.

Trélat extirpa chez un garçon âgé de 14 ans une portion de la grandeur d'une noix d'un polype naso-pharyngien remplissant toute la cavité des arrière-fosses nasales. Une pareille ablation avait été déjà faite un an auparavant à cause de troubles de déglutition et de la dyspnée. Une opération radicale, telle qu'une résection partielle, totale ou temporaire, ne doit pas être pratiquée. Ces tumeurs, en effet, lorsque le malade a atteint 22 à 25 ans, perdent la faculté de se reproduire. On ne doit faire qu'un traitement palliatif, en ce sens qu'on doit empêcher que les polypes naso-pharyngiens, en grandissant, ne deviennent dangereux pour la vie. *(Le Praticien*, n° 4, 26 janvier 1885.) Dr L. L.

Sarcome diffus à cellules arrondies ayant envahi les arrière-fosses nasales, la voûte du pharynx, le voile du palais, les piliers, l'amygdale droite et la paroi postérieure du pharynx; opération, guérison. *(A Case of diffuse Round cell sarcoma envolving the posterior nares, vault of the pharynx, Soft Palate, Pillars of the fauces, Right tonsil and lower pharynx; operation, cure)*, par F. H. Bosworth.

Le malade, âgé de 42 ans, présentait une déformation du nez consécutive à un traumatisme; dans ces dernières années il a éprouvé tous les symptômes d'un catarrhe naso-pharyngien, rebelle à tout traitement, et ce n'est qu'en 1882 que son médecin découvrit une tumeur, occupant la voûte du pharynx. Il la considéra comme une simple hypertrophie glandulaire.

Il n'en était rien, et le diagnostic de tumeur maligne fut porté par les docteurs Erads, Porter, Cohen que le malade consulta successivement. Lorsque l'auteur vit le malade, la tumeur remplissait tout l'espace palato-pharyngien, et avait envahi la voûte du pharynx, le voile du palais, les piliers et l'amygdale. Il se décida cependant à intervenir et enleva successivement à l'aide du serre-nœud de Jarvis, de petites portions de la tumeur en ayant soin, après chaque séance, de cautériser au galvano-cautère les parties où s'inséraient les portions de néoplasme enlevées. Celui-ci fut ainsi détruit par petites pièces, et le malade guéri. Le traitement commencé le 26 juin 1882 était terminé le 4 novembre (*The Med. Record*, 17 janvier 1885). J. Ch.

NEZ.

Dégénérescence de l'épithélium de la muqueuse olfactive chez le lapin après la destruction des lobes olfactifs (*Die Degeneration der Riechschleimhaut des Kaninchens nach Zerstærung der Riechlappen desselben*), par le Dr Lustig.

L'auteur détruisit chez deux lapins un ou les deux lobes olfactifs à l'aide de la cuillère aiguisée ou du fer rouge. Neuf d'entre eux survécurent longtemps à cette opération. Quand l'extirpation avait eu lieu des deux côtés les animaux perdaient l'odorat. 45 à 65 jours après l'opération, les lapins furent tués en leur faisant perdre tout leur sang. On enleva la cloison et les cornets supérieurs, on les mit dans l'acide osmique jusqu'à ce qu'ils eurent acquis une couleur bien foncée, puis dans l'eau distillée. Les épithéliums furent examinés au microscope 24 heures après dans une solution de chlorure de sodium à 1/2 pour cent. Le résultat de l'examen fut le suivant : La région olfactive présentait une dégénérescence prononcée des cellules olfactives et épithéliales quand les lobes olfactifs avaient été complètement détruits. Les cellules olfactives dégénérées avaient presque entièrement perdu l'appendice central et les petits prolongements de l'appendice périphérique.

Les cellules épithéliales avaient aussi subi la dégénérescence graisseuse. Les cellules qui tiennent par leur forme le milieu entre les deux formes de cellules ci-dessus mentionnées offraient des altérations analogues. Enfin quelques cellules étaient tout à fait détruites. Mais même 65 jours après, la dégénérescence n'était pas encore complètement terminée.

La destruction des lobes olfactifs déterminait donc la dégénérescence par atrophie et par transformation graisseuse et cette dégénérescence se faisait irrégulièrement.

Elle atteignait aussi les noyaux du réseau sous-épithélial (*Rapports des séances de l'Académie impériale des sciences*, 89 Bd., I et II Helft., III Abtheilung, Wien. et *Internat. Centralbl. f. Laryngol., etc.*, n° 7, 1885.) Dr L. L.

Notes sur la classification, le diagnostic et le traitement des différents degrés de l'inflammation chronique des fosses nasales (*Notes on the classification, diagnosis and treatment of the stages of chronic nasal inflammation*), par le Dr John Mackenzie.

Cette classification est basée sur les recherches anatomiques personnelles de l'auteur, et sur son expérience clinique. La lésion principale et caractéristique de l'inflammation chronique du nez réside dans des modifications pathologiques des corps érectiles. Au début, il existe un excitabilité particulière de ces tissus qui amène une obstruction passagère de l'une ou des deux narines, l'hypertrophie devient ensuite permanente, pour arriver ensuite à l'atrophie par dégénérescence fibreuse.

Classification des différents stades de l'inflammation chronique du nez. — 1er Inflammation simple (Rhinites simples; peut être divisé en période de : *a*. Excitabilité du tissu érectile; *b*. Dilatation permanente de ce tissu.

2e Stade d'hypertrophie (Rhinite hypertrophique qui comprend une période de : *a*. Dilatation avec hypertrophie ; *b*. Hypertrophie complète.

3e Stade d'atrophie (rhinitis cirrhotica) comprend une période de : *a*. Début d'atrophie; *b*. Atrophie complète.

1er Stade d'inflammation simple.

a. Période d'irritabilité, caractérisée par une susceptibilité plus grande de la muqueuse qui amène une obstruction de l'une ou des deux narines sous l'influence d'un changement atmosphérique, du décubitus dorsal, chez quelques femmes aux époques menstruelles

b. Période de dilatation (coryza chronique). Elle est la conséquence de la première, se distingue de l'*hypertrophie vraie* en ce que les tissus se laissent très facilement réduire par la pression de la sonde, par l'application du froid, l'usage de la cocaïne, etc.

2° Stade d'hypertrophie :

a. Période de dilatation et hypertrophie : Le tissu cellulaire interstitiel commence à s'hypertrophier, mais la dilatation domine encore, et l'hypertrophie n'a pas encore uniformément envahi les tissus.

b. Période d'hypertrophie complète : Les parties atteintes sont transformées en une masse uniforme de tissus fibreux, elle occupe surtout la partie postérieure du cornet inférieur, tandis que c'est principalement sur la partie antérieure de ce même cornet que siège la dilatation simple.

3° Stade d'atrophie :

a. Période du début de l'atrophie : En certains points le tissu fibreux se rétracte, donnant aux tissus un aspect irrégulier et nodulaire, surtout apparent à la partie postérieure du cornet inférieur.

b. Stade d'atrophie complet (rhinite cirrhotique) : Les cornets sont atrophiés, ils ont un aspect rudimentaire.

L'auteur termine son travail en décrivant les symptômes de ces différents degrés de rhinite chronique, l'aspect de la muqueuse, la forme de la cavité nasale,, etc. Il termine par des conseils pour le traitement. (*The Med. News,* avril 1885.)

J. Ch.

Traitement de l'hypertrophie vasculaire du nez (*The treatment of vascular hypertrophy of the nose*), par le Dr Herbert Stowers.

L'auteur préconise, dans le traitement de cette affection, les piqûres (punctures) faites de la même façon que pour le trai-

tement de l'acné Rosacea. Il cite trois observations dans lesquelles il a obtenu par ce procédé une guérison durable.

Le nombre des piqûres doit être proportionnée à l'intensité du mal. Dans les trois cas qu'il rapporte, le traitement a duré de 5 à 7 mois. Dans le premier, il est arrivé à un total de 15.750 piqûres, dans le troisième, 52.200. Un traitement général approprié à la constitution du malade doit venir en aide au traitement local. (*The Brit. Med. Journ.*, 10 janv. 1885.) J. Ch.

La cocaïne dans le coryza (*Cocaïne in coriza*), par le Dr W. S. Paget.

L'action de la cocaïne dans le coryza aigu se fait sentir immédiatement, et deux ou trois minutes après son application le malade éprouve un très grand soulagement, qui souvent persiste d'une façon permanente. On voit la muqueuse du nez congestionnée s'affaisser, la céphalalgie, l'enchifrènement, le nasonnement disparaissent en même temps. (*Brit med. journ.*, 21 février 1885). J. Ch.

Les éternuements névropathiques,
par le Dr Ch. Féré.

L'auteur rapporte un cas observé à la clinique de M. Charcot. Il s'agit d'éternuements survenant par accès chez une fille de 16 ans ayant des antécédents héréditaires névropathiques et offrant elle-même tous les signes de l'hystérie. Les éternuments suivaient très vite l'un après l'autre, 32 à 40 éternuements par minute. En 3 semaines on put compter 16,195 éternuements par accès. — L'éternuement n'était suivi d'aucune sécrétion et fut regardé comme épiphénomène de l'hystérie. (*Progrès méd.*, n° 4, 24 janvier 1885.) Dr L. L.

A propos d'une nouvelle forme de catarrhe nasal (*On a new variety of chronic nasal catarrh*), par Harrisson Allen.

Chez un petit nombre d'individus atteints de catarrhe nasal, la muqueuse qui recouvre la cavité nasale, est mince et présente à peine les qualités d'un tissu érectile. Elle est

cependant abondamment pourvue de sang artériel. La muqueuse saigne sous l'influence du plus petit attouchement, surtout à la partie supérieure; elle présente surtout des excoriations vasculaires. La matière sécrétive est du mucus quand l'affection est légère, mais il devient trouble sous l'influence de la moindre excitation vasculaire. Pendant une attaque de coryza aigu, il devient purulent. L'écoulement se fait par la gorge aussi aisément que par les narines.

Le pharynx, toujours spacieux, la luette toujours petite, quelquefois rudimentaire, paraît avoir été sectionnée. Les glandes de la base de la langue, peu développées, permettent de voir les veines de la surface de la langue. Le voile du palais et la voûte palatine sont décolorés, et l'on constate toujours à la partie postérieure de la voûte une exostose sessile ayant environ un centimètre de longueur. Du bord antérieur de cette exostose part une ligne saillante qui est parfois le siège d'une seconde exostose; cette ligne sépare en deux parties la voûte palatine.

Les sujets atteints de cette forme de catarrhe nasal sont ordinairement faibles, la circulation générale n'est jamais bonne, ils ont toujours froid aux mains et aux pieds, ils ont des phtisiques dans leur famille.

La muqueuse nasale, d'une sensibilité extrême, saigne très facilement, malgré l'absence de tissu érectile, ou du moins son état rudimentaire, tel est l'ensemble des signes qui permettront de reconnaître cette forme de catarrhe qui serait, d'après l'auteur, assez rare et fort rebelle au traitement. (*Med. News*, 7 février 1885.) J. Ch.

LARYNX.

Observations sur la toux nocturne en particulier chez les jeunes enfants (*Observations on night-cough, especially in young children*), par le Dr A. W. Mac Coy.

Bon nombre d'enfants, dit l'auteur, sont atteints de toux obstinée, surtout active pendant la nuit; il en est, en effet,

un bon nombre qui, après avoir eu la nuit des crises nombreuses et violentes, ne présentent le jour aucun signe de maladie. Une observation attentive permet chez les enfants d'un certain âge de constater des efforts pour débarrasser leur gorge, chez les plus jeunes de fréquents mouvements de déglutition. L'auteur attribue la toux nasale à l'action irritante dès mucosités sur certaines zones des fosses nasales (décrites par Hack, Mackenzie, etc.).

Pendant le jour, la station verticale permet à ces mucosités de sortir des fosses nasales facilement; il n'en est pas de même la nuit dans le décubitus dorsal. La toux provient simplement de l'irritation mécanique qu'elle exerce. Il suffira pour les débarrasser de faire des pulvérisations avec une solution alcaline (*Med. News,* 28 févr. 1885). J. Ch.

De l'extirpation du larynx, par le professeur A. Heydenreich, de Nancy.

L'auteur résume le relevé statistique donné récemment par Zesas (*Archiv. f. klin. Chir.*, Bd XXX, p. 665, 1884), comprenant soixante-dix cas d'extirpation du larynx.

Se basant sur cette statistique, il conclut que cette opération n'est que rarement justifiée. Il lui préfère la *laryngotomie* chaque fois que le néoplasme pourrait être enlevé à la faveur de cette opération. Il lui préfère une trachéotomie palliative si la tumeur est trop avancée dans son développement, ou si l'âge ou l'état général du malade font écarter toute tentative radicale.

Pour la laryngotomie nous ne saurions être de son avis, par les raisons que nous avons déjà exprimées à propos d'un cas de ce genre (Voir *Revue,* 1884, p. 209). (*La Semaine méd.*, n° 21, 20 mai 1885.) Dr E. J. M.

Sarcome fasciculé intra-laryngien. Trachéotomie préventive. Extirpation totale du larynx. Application d'un larynx artificiel, par les Drs Labbé et Cadier.

Les auteurs citent l'observation d'un homme de 59 ans, qui avait souffert, durant trois ans, d'aphonie passagère, devenue

depuis trois mois complète, et qui se plaignait d'une dyspnée, s'accentuant de plus en plus.

A l'examen, M. Cadier trouva une tumeur bilobée, bosselée, implantée sur la bande ventriculaire gauche et remplissant toute la portion sus-glottique du larynx. L'aryténoïde droit était mobile, tandis que le gauche, refoulé par le néoplasme, paraissait immobile. M. Cadier proposa, comme opération préalable, la trachéotomie qui devait être suivie d'une extirpation de cette tumeur par les voies naturelles avec la pince et le galvano-cautère. Le malade ne se décida à la trachéotomie que lorsque des accès de suffocation graves survinrent.

L'opération, pratiquée par M. Cadier, fut faite au-dessous du deuxième anneau trachéal. Le lendemain on dut enlever de petites végétations qui obstruaient la plaie trachéale. Trois jours plus tard, survint une broncho-pneumonie double. A peine guéri, le malade est pris d'une disphagie devenant de jour en jour plus grave. La tumeur s'étant agrandie, fait saillie du côté du pharynx.

La nutrition ne pouvant plus se faire par la bouche, on propose, à cause du grand volume de la tumeur, l'extirpation totale du larynx, qui fut pratiquée, six semaines après la trachéotomie, par M. Labbé, selon le procédé de Billroth. Il fallait aussi enlever l'épiglotte, mais une partie du cricoïde fut laissée. Guérison.

L'examen histologique de la tumeur montre qu'on avait affaire à un sarcome fasciculé, ou sarcome à cellules fusiformes. La muqueuse du larynx n'était nulle part ulcérée et formait partout le revêtement du néoplasme. Moins d'un mois après l'opération, M. Cadier plaça un larynx artificiel de Gussenbauer, auquel il donna une courbure un peu modifiée. Pour empêcher que les aliments et surtout les boissons ne passassent à travers la plaie, il appliqua à la partie inférieure un tampon, fait en toile phéniquée, et à la partie supérieure une éponge.

La sonde œsophagienne avait déjà été enlevée quelques jours avant.

M. Labbé rappelle qu'on doit faire la trachéotomie si bas que possible, afin de laisser une place suffisante pour sectionner facilement le conduit trachéal au-dessous et au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde, et il recommande, avec Bottini, l'emploi du galvano-cautère pour éviter les hémorragies pendant l'opération. (*Annal. des mal.*, nº 2, mai 1885.) Dr L. L.

Du rétrécissement du larynx, par le Dr PETEL.

M. Petel présente un cas de rétrécissement syphilitique du larynx, dans lequel la trachéotomie était urgente. Pour faire disparaître le rétrécissement, il avait d'abord essayé le cathétérisme durant presque deux mois, mais sans succès. Ce n'est qu'après avoir employé les bougies d'étain de Schrœtter, qu'une amélioration considérable se produisit.

M. Petel prétend que la dilatation du larynx n'a presque pas été employée en France. (*Société de méd. de Rouen,* séance du 12 janvier 1885; *Journ. de méd. de Paris,* nº 5, 31 janvier 1885). Dr L. L.

Un épi dans le larynx; laryngotomie (*A Cockle-Burr in larynx; laryngotomy*), par le Dr W. S. Ross.

Un enfant de treize ans s'était introduit dans le larynx un morceau d'épi de blé, il est pris d'accès de suffocation, et l'auteur, sans pratiquer l'examen de l'organe vocal, fut persuadé que le corps étranger était logé dans le ventricule gauche du larynx entre les cordes vocales inférieures et supérieures, ce qui en rendait l'extraction très difficile; on décide la laryngotomie.

Après anesthésie par le chloroforme, Ross incise les téguments recouvrant la moitié inférieure du thyroïde, l'espace crico-thyroïdien et le cricoïde; il divise les muscles et le tissu conjonctif, et introduit le bistouri dans la membrane crico-thyroïdienne. Les accès de toux du malade ne parvenant pas à expulser le corps étranger, une sonde est introduite dans la plaie pour chercher à le déloger de sa position supposée, mais sans résultats. On introduit alors la canule qui détermine de

violents accès de toux. L'auteur, ayant alors placé son pouce sur la canule pendant une inspiration, l'enfant fit un effort désespéré pour se retourner de l'autre côté et rejeta l'épillet par la bouche. (*The Louisville Med. News*, 21 février 1885).

J. Ch.

Lamelle osseuse retirée du ventricule gauche du larynx à l'aide des pinces (*Lamella of bone removed by forceps from the ventricle of larynx of a man*), par le Dr David Newman.

L'auteur vit le malade 8 heures après l'accident; il présentait tous les signes de corps étrangers du larynx, mais l'irritation était telle qu'on ne pouvait pratiquer l'examen laryngoscopique. Après 6 applications d'une solution de cocaïne à 20 %, faites chacune à une demi-heure d'intervalle, Newman put apercevoir la lamelle osseuse et l'enlever à l'aide de pinces de Schrœtter. Il fait observer combien la cocaïne lui a été utile en cette circonstance. (*The Brit. Med. Journ.*, 21 fév. 1885).

J. Ch.

Kératite syphilitique avec ulcérations du larynx (*Syphilitic Keratites with ulcerations of the larynx*), clinique du professeur Dudley S. Reynolds, recueillie par le Dr Allen Kelch.

M. G..., 39 ans, se présente à l'hôpital de Louisville avec une kératite ponctuée, elle est atteinte aussi d'une éruption papillaire de la face et a souffert pendant longtemps de violentes névralgies. La voix est sourde et rauque. L'examen de la gorge révèle l'existence d'une ulcération phagédénique qui commence à la base de l'épiglotte et s'étend jusqu'à l'insertion antérieure de la corde vocale gauche. Traitement spécifique à l'iodure de potassium. L'état du larynx et des yeux s'améliore rapidement et bientôt la malade est complètement remise. (*Philad. Med. Times*, 7 février 1885.)

J. Ch.

Nouveau procédé de crico-trachéotomie, à l'aide d'un instrument particulier, conducteur et dilatateur à la fois, appellé sonde cannelée dilatatrice, par le Dr Gentilhomme.

L'instrument représente une modification de l'ancien dilatateur. Les branches dilatatrices sont plus longues, amincies,

et portent sur la face concave, une cannelure qui commence au voisinage de l'articulation et se prolonge jusqu'à 1/2 cent. de son extrémité.

L'opération se fait en 6 temps :

1° Incision des parties molles sur une longueur de 3 cent. partant du bord inférieur du cartilage thyroïde;

2° Ponction de la membrane crico-thyroïdienne à l'aide d'une lancette particulière;

3° Introduction de la sonde cannelée dilatatrice dans la trachée;

4° Incision du cartilage cricoïde et des premiers anneaux de la trachée avec un bistouri boutonné qu'on glisse sur la cannelure de la sonde;

5° Ecartement des bords de la plaie à l'aide de ladite sonde servant alors comme dilatateur (on fixe l'instrument dans cette position par un tour de vis);

6° Introduction de la canule.

L'auteur ayant fait quelques opérations sur le cadavre et une sur le vivant, dit qu'elle peut être faite en peu de temps et qu'elle se pratique avec beaucoup de facilité et de sûreté (?) (*Union méd. et scient. du Nord-Est*, n° 1, 15 janvier 1885).

Dr L. L.

Tabès, crises laryngées, fausse angine de poitrine,
par le Dr Paul Berbès.

Chez un homme de 51 ans atteint de tabès avancé survinrent subitement pendant la nuit des douleurs vives du cou avec la sensation de constriction à la gorge. La respiration était difficile, rauque et sifflante. Battements de cœur irréguliers. Le lendemain l'attaque revint précédée de douleurs dans la région cardiaque avec irradiation vers l'épaule gauche. Le malade ressentait aussi des douleurs dans l'articulation temporo-maxillaire gauche et les muscles abaisseurs de la mâchoire étaient contracturés. La bouche restait ouverte durant l'attaque pendant 3 ou 4 minutes. Après un accès moins fort le phénomène laryngien disparut et ne se produisit plus dans les attaques qui suivirent. (*La France méd.*, n° 14, 3 février 1885.)

Dr L. L.

ORBILLES.

Contribution à l'étude de la pathologie et de l'anatomie pathologique de l'oreille (*Contributions to the pathology and pathological anatomy of the ear*), par le Dr Hedinger.

Cet article renferme l'histoire de plusieurs cas d'autant plus intéressants que l'autopsie a toujours été soigneusement faite après la mort.

I. Mme R..., soixante-trois ans, vint, pour la première fois, trouver l'auteur en 1874. Elle présentait une tumeur fibreuse qui remplissait la plus grande partie du méat; écoulement peu abondant. Ayant refusé de se laisser opérer, l'auteur la perdit de vue pendant quelques années. En 1883 elle rentre au Ludwig Hospital avec de violentes douleurs d'oreille. Hémorrhagie fréquente, écoulement purulent abondant. Trois jours avant son entrée, la région temporale avait subitement gonflé et ce gonflement s'était accompagné de violentes douleurs et de symptômes fébriles. Surdité complète à droite depuis plusieurs années.

Etat actuel : à la région temporale droite la peau est un peu rouge et plus chaude que dans les parties voisines ; la région est gonflée, mais on ne sent pas distinctement la fluctuation. Dans le conduit auditif on aperçoit une tumeur blanchâtre. Le 23 avril une incision est faite au sommet du gonflement ; elle laisse s'échapper une grande quantité de pus. La malade pansée régulièrement tous les jours allait assez bien. Le 8 juin elle se plaint d'une douleur circonscrite au milieu du sterno-mastoïdien qui est soulevé par une petite tumeur qu'on incise et qui laisse couler du pus.

La malade, relativement bien, quitte l'hôpital le 13 juin. Elle présente un gonflement considérable et très douloureux en arrière de la région mastoïdienne et qui nécessite une incision et l'ouverture de l'apophyse. La malade, après des alternatives de mieux et de plus mal, mourut dans le coma, le 17 novembre. L'autopsie, très soigneusement faite, montre que la mort a été la conséquence d'œdème cérébral. Le conduit auditif est rempli par un papillome ; le pus ne pouvant s'écouler par là

s'était fait jour par la trompe, et avait donné lieu à plusieurs collections purulentes. L'œdème cérébral était le résultat de la thrombose du golfe de la veine jugulaire droite.

II. Le second cas rapporté est celui d'une otite moyenne chronique purulente double, avec extension du pus dans le limaçon gauche et dans la cavité crânienne par l'aqueduc du vestibule; le malade eut un abcès du cervelet et mourut. L'auteur fait remarquer que le rocher contenait peu de pus, eu égard à la quantité considérable qui était dans la cavité crânienne. Il n'existait aucune ouverture de la dure-mère (*Arch. of Otology*, mars 1885.) J. Ch.

De l'infection syphilitique de la trompe par la sonde,
(*Übertragung von Syphilis durch den Tubencatheter*), par le Dr Burow.

L'auteur rapporte six observations de chancre primitif siégeant sur le pilier postérieur et sur la partie du pharynx voisine de ce dernier, et dû au cathétérisme de la trompe avec une sonde malpropre.

Les cas nos 1 et 5 furent observés dès le commencement, et l'on put voir d'abord les ulcérations primitives sur lesdites parties du pharynx avec engorgement des ganglions cervicaux. Les symptômes secondaires survinrent ensuite. Les quatre autres cas furent observés à une période plus avancée, alors que les accidents secondaires était déjà apparents, mais on pouvait encore voir la trace des ulcérations primitives au point caractéristique. Tous les malades étaient durs d'oreille et disaient avoir été traités par le même médecin qui avait pratiqué le cathétérisme trois ou quatre semaines avant l'apparition de leurs maux de gorge.

Chez presque tous, les symptômes secondaires furent très intenses; presque tous, aussi, furent atteints de cachexie syphilitique qui serait, d'après Kobner, caractéristique d'une infection syphilitique primitive du pharynx. L'auteur recommande pour tout malade syphilitique l'usage d'une sonde d'argent, servant pour lui seul, et devant être nettoyée dans l'eau bouillante et dans l'acide phénique (1 : 20). (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, no 5, mai 1885.) Dr L. L.

De la signification du développement d'une névrite du nerf optique dans les cas d'inflammation purulente de l'oreille moyenne (*On the significance of the development of optic neuritis in cases of purulent inflammation of the middle ear*), par le Dr Ch. J. Kipp.

La névrite du nerf optique est rare chez les malades atteints d'otorrhée ; on la constate dans les cas d'otorrhée ancienne et elle s'accompagne le plus souvent du cortège des symptômes de la méningite. Dans quelques cas cependant une céphalalgie rebelle, des nausées ou des vomissements sont les seuls symptômes de complication cérébrale.

Presque tous les malades chez lesquels il l'a constatée étaient des adultes. La mort a été la terminaison dans un peu plus de la moitié des cas. La névrite du nerf otitique n'est pas un symptôme constant de méningite otitique; elle ne se termine pas fatalement par la mort. Toutes les fois qu'on peut raisonnablement penser que les symptômes cérébraux sont dus à la carie de l'apophyse mastoïde ou à la rétention du pus on ne doit pas, hésiter à en pratiquer l'ouverture. (*Arch. of Otology*, mars 1885.) J. Ch.

Catarrhe chronique et surdité guéris par la méthode des pulvérisations chaudes (*Chronic catarrh whith deafness cured by the warm spray method*), par Chas. A. S. Sims.

Le malade était devenu complètement sourd de l'oreille gauche à la suite d'une méningite aiguë, survenue après un bain froid avec pénétration de l'eau dans le conduit. Il était en même temps atteint de catarrhe naso-pharyngien, et l'inflammation s'était propagée aux deux oreilles. Surdité complète à gauche, audition considérablement diminuée à droite. Ecoulement abondant. A droite la membrane du tympan est rétractée, le triangle lumineux n'existe plus.

L'auteur pratique des insufflations dans l'oreille droite et prescrit des pulvérisations chaudes, trois par jour pendant deux jours consécutifs. Ce traitement amena la guérison complète du catarrhe.

Pour l'oreille gauche dans laquelle le tympan était détruit,

l'auteur employa des lavages avec une solution de sulfate de zinc uni aux pulvérisations. (*Saint-Louis Med. and Surg. Journal*, mars 1885.) J. Ch.

Contributions otologiques (*Otological contributions*), par le Dr Oren D. Pomeroy.

Un cas d'affection papulo-tuberculeuse du tympan chez un sujet atteint de syphilis héréditaire. — Le malade, âgé de 18 ans, présente tous les caractères de la syphilis héréditaire. Quelques mois auparavant il a été atteint d'une kératite interstitielle qui a cédé au traitement spécifique et aux applications locales ordinaires. En juillet 1883, ses yeux redeviennent malades et la surdité persistant, on examine son tympan. A droite, on constate une congestion considérable autour de la courte apophyse et du manche du marteau. Le long du manche du marteau on peut voir une masse blanchâtre ressemblant à de l'épiderme ramollie mais qui adhère fortement au tympan. A gauche, immédiatement au-dessous du manche du marteau, autre masse grisâtre analogue à celle de droite et qu'on ne peut non plus enlever avec la sonde garnie d'ouate.

L'auteur considère qu'il avait affaire, dans ce cas, à une affection papulo-tuberculeuse de la membr ane.

Chondrite et périchondrite du pavillon probablement d'origine neuro-paralytique. — L'auteur considère ce cas comme unique dans la science et tout à fait analogue aux affections neuroparalytiques de la cornée. Il s'agit d'un malade qui présentait une ulcération indolore du pavillon, il existait une anesthésie partielle du trijumeau gauche, de quelques-unes des branches du plexus cervical gauche. L'oreille externe gauche était tout à fait insensible. Le malade n'était pas syphilitique.

Diplacousie bi-auriculaire. — Il s'agit d'un malade atteint de catarrhe chronique de l'oreille moyenne deux ans auparavant. L'oreille gauche, à peu près normale, est accidentellement atteinte d'obstruction des trompes. Au début l'oreille droite entendait la même note à peu près à un ton plus bas que la gauche.

Après quelques jours de traitement, elle ne l'entendait plus

qu'un demi-ton plus bas. Enfin, après sept visites, le ton était égal dans les deux oreilles, excepté quand la note était un peu voilée. *(N. Y. Med. journ.*, 18 avril 1885.) J. Ch.

Sur les relations qui existent entre les maladies des dents et des oreilles *(On the relations bethween the diseases of the teeth and ears)*, par le Dr Dickson Bruns.

L'auteur a examiné à l'hôpital 50 malades pris au hasard, au point de vue de leurs dents et de leurs oreilles à la fois. Il consigne le résultat de son examen.

Nous reproduisons deux tableaux comparatifs de l'auteur.

Sur les 50 cas, 19 soit 38 °/₀ avaient les dents mauvaises.

» 50	» 15	» 30 °/₀	»	»	défectueuses.
» 50	» 9	» 18 °/₀	»	»	bonnes.
» 50	» 7	» 14 °/₀	»	»	très bonnes.

Au point de vue de l'audition la proportion n'était pas la même, ainsi qu'on pourra le voir par le tableau qui suit :

Sur les 50 cas l'audition est mauvaise chez 3, soit 6 °/₀

»	»	»	défectueuse	» 16	» 32 °/₀.
»	»	»	bonne	» 12	» 24 °/₀.
»	»	»	parfaite	» 19	» 38 °/₀.

Il semblerait résulter que les cas dans lesquels une affection dentaire donne lieu à une maladies de l'oreille sont des cas exceptionnels, mais chez ces mêmes malades l'oreille la plus malade correspondait le plus souvent au côté du maxillaire ayant le plus grand nombre de dents affectées. On doit, d'autre part, tenir compte de ce fait que chez les scrofuleux on rencontre fort souvent à la fois une mauvaise audition et une dentition mauvaise, il ne faudrait pas considérer comme une conséquenee ce qui n'est qu'une simple coïncidence.

L'auteur conclut en terminant que dans l'état actuel de nos connaissances l'irritation dentaire considérée camme cause de maladies des oreilles, est plutôt l'exception que la règle. *(Arch. of otology*, mars 1885.) J. Ch.

VARIA.

Croup et diphtérie, par le professeur R. Virchow.

En 1847, Virchow avait déjà différencié le croup de la diphtérie. Il disait alors que dans cette dernière forme il existe un processus nécrosique qui siège dans les tissus eux-mêmes, et ne donne pas lieu à la production de pseudo-membrane. S'il en existe, elles sont constituées par des exfoliations de la surface des tissus; il y a toujours alors de véritables pertes de substances, ou tout au moins de légères ulcérations.

Il ne pouvait encore savoir, à cette époque, que des organismes parasitaires y jouent un grand rôle; il avait cependant aperçu ces granulations, qu'il regardait comme une infiltration fibrineuse et qui de nos jours sont considérées comme étant des micro-organismes. Ces granulations, personne, jusqu'à présent, ne les a rencontrées dans le vrai croup.

Dans la diphtérie elles existent sur la surface et de là se répandent dans l'intérieur des tissus. La contagion se fait par la surface et non par le sang. Par contre, il existe incontestablement des exsudations fibrineuses siégeant à la surface et ne laissant après elles aucune ulcération. Il n'est pas prouvé que ces exsudations soient toujours dues à une irritation diphtéritique. Les acides minéraux, par exemple, aspirés par le larynx, produisent eux aussi des exsudats fibrineux. Il existe certainement des cas de croup fibrineux sans diphtérie, mais il existe aussi des cas de diphtérie pure sans exsudats fibrineux. On rencontre cette dernière forme dans la variole et dans l'affection du pharynx désignée par Bretonneau sous le nom de diphtérie.

Il existe une troisième forme intermédiaire dans laquelle les processus diphtéritiques et exsudatifs se trouvent réunis. Virchow autrefois n'admettait pas l'existence de l'exsudation fibrineuse dans le pharynx, elle existe cependant unie à la diphtérie pharyngée. Ordinairement, il est vrai, on trouve au pharynx la diphtérie seule sans l'exsudation fibrineuse. Il existe aussi une laryngite et une trachéite diphtéritique

ulcéreuse, dont le pronostic est tout différent de celui auquel donne lieu la production d'un exsudat fibrineux dans les voies aériennes, exsudat qui, une fois enlevé, soit spontanément, soit par la plaie trachéale, laisse derrière lui des tissus à peu près sains (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 9, 2 mars 1885).

Dr L. L.

Rétrécissement cancéreux de l'œsophage. Perforation de la trachée, par le Dr Paul Berbès.

M. le Dr Berbès rapporte un cas de carcinome de l'œsophage s'étant développé très rapidement chez un homme âgé de 49 ans. Il existait dans plusieurs endroits un rétrécissement considérable de ce conduit. Le malade fut aphone dans les dernières semaines et la semaine avant la mort on constata les signes d'une communication trachéo-œsophagienne.

A l'autopsie on voyait que le carcimone avait déjà envahi les tissus voisins, principalement la partie inférieure de la trachée. Le récurrent était englobé par une masse de ganglions bronchiques dégénérés. (*Progrès méd.*, n° 6, 7 février 1885.)

Dr L. L.

Un cas de mort par blessure de l'œsophage chez un individu ayant avalé un sabre (*A case of Sword Swallowing; death from injury to the œsophagus; necrospy; remarks*), par le D^r Ch. Gross.

L'auteur rapporte le cas d'un individu faisant le métier d'avaleur de sabres, et qui l'ayant enfoncé un peu plus que de coutume, éprouva quelque difficulté à le retirer et rendit ensuite quelque peu de sang. Arrivé à l'hôpital, il mourut subitement trois jours après. A l'autopsie, l'œsophage était dilaté ; on constata une collection purulente infiltrée dans les tuniques de l'organe. Elle s'étendait de la partie supérieure jusqu'au voisinage de l'estomac. Il n'existait qu'une légère excoriation de la partie supérieure de l'organe. L'auteur attribue la mort à une syncope (*The Lancet*, 7 février 1885).

J. Ch.

De la fistule thyréo-hyoïdienne, par le Dr Tillaux. (Leçon recueillie par MM. Marciguey et Phocas, internes de service.)

Dans cette leçon les auteurs rappellent d'abord la pathogénie des fistules du cou. Les fistules du cou peuvent être acquises ou congénitales. Si elles sont acquises, elles proviennent :

1° Soit d'un ganglion du cou suppuré;

2° D'une carie des cartilages du larynx;

3° D'un kyste du cou suppuré ;

4° D'un traumatisme du larynx ou de la trachée (d'une trachéotomie par exemple);

5° On connaît une observation de fistule du cou à la suite d'une blessure de l'œsophage.

Les fistules congénitales du cou proviennent d'un arrêt de développement de la 2e ou 3e fente branchiale.

La malade présentée, âgée de 22 ans, est atteinte de cette dernière variété de fistule. On voit au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde un orifice fistuleux, d'où part un cordon de la grosseur d'une plume de corbeau que l'on peut suivre en haut, en arrière et vers le côté gauche. D'après Boyer, ces fistules devaient être produites par un hygroma enflammé et suppurant de la bourse séreuse, dite de Boyer. D'après Nélaton, elles devaient avoir comme point de départ l'inflammation des follicules épiglottiques.

Mais M. Tillaux croit avec Duplay à l'arrêt de développement des fentes branchiales et un argument en faveur de cette opinion est la présence de cils vibratiles sur leur paroi. La seule thérapeutique efficace consiste à enlever complètement le cordon épaissi, opération qui fut pratiquée avec succès, dans le cas précédent.

Un seul argument qui semblerait plaider contre l'opinion d'une fistule congénitale est la date récente de son apparition, 4 ans auparavant. (*Le Progrès méd.*, n° 8, 21 février 1885.)

Dr L. L.

Curieuse histoire d'un hoquet incoercible, etc.
par le Dr Ch. Liégeois.

Le hoquet survint subitement à la suite d'une émotion et persista jour et nuit pendant 24 jours.

Le lait et le bouillon pris par la malade ne furent jamais vomis. On administra du bromure de potassium, du bromure de sodium et des gouttes d'éther, mais sans aucun résultat. M. *Liégeois*, appelé la 24e journée, ordonna de fortes doses d'hydrate de chloral et d'hyosciamine. La malade dormit et le hoquet cessa durant le sommeil pour revenir dès qu'elle fut éveillée. Après quelques jours il cessa pendant plus longtemps pour revenir ensuite, mais seulement alors que la malade s'irritait ou qu'elle avalait des aliments ou des boissons.

Quelques mois plus tard on vit se former à droite du creux épigastrique un abcès d'où sortit une aiguille de 3 cent. de longueur. M. *Liégeois* réussit à extraire encore huit autres aiguilles, plus courtes. A partir de ce moment le hoquet cessa définitivement. — La malade prétendit ignorer comment ces aiguilles avaient pénétré dans son corps. (*Revue méd. de l'Est*, n° 1, 1er janvier 1885.) Dr L. L.

Valeur symptomatique de quelques signes isolés dans le diagnostic, d'après Politzer.

Chez les enfants, le cri nasal ou palatin se rencontre souvent dans la symptomatologie de l'ozène, généralement du fait soit de la syphilis congénitale, soit de l'hypertrophie des amygdales. Si l'ozène ne relève pas d'une de ces causes, il faudra examiner avec soin les parois du pharynx, car ce cri palatin est souvent alors symptomatique d'un abcès rétro-pharyngien.

Une pause entre la fin de l'expiration et le commencement de l'inspiration suivante s'observe dans le catarrhe laryngé spasmodique avec œdème sous-muqueux.

Des plaintes continuelles, douloureuses, avec agitation de la tête deçà et delà et tendance du petit malade à porter ses mains sur le sommet de la tête peuvent faire penser à une otite.

L'aplatissement des narines vers la cloison médiane et

l'absence de leurs mouvements d'élévation, de dilatation, trahit l'existence d'une hypertrophie très marquée des amygdales. *(Un. méd. du Canada,* février 1885.) J. Ch.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche et Pharynx.

Ariza. — De la cocaïne pour établir le diagnostic des maladies de la gorge (*Anal. de otolog. y lar.*, n° 5, 1885).

Berger. — Sur l'insuffisance de la considération des caractères physiques pour le diagnostic de certaines tumeurs ulcérées de la langue (*La France méd.*, n° 62, 30 mai 1885).

Berkeley-Hill. — Deux cas d'extirpation de la langue pour un épithélioma (*The Lancet*, 18 juillet 1885).

Boucher. — Fibrome énorme de la base du crâne. (*Arch. ital. di laring.*, 15 juillet 1885).

Bowseman Jossett. — Cancer de la langue avec quelques remarques sur son étiologie et son traitement chirurgical (*The med. Bullet.*, n° 5, mai 1885; Philadelphie).

Cardone. — Végétation adénoïde de la cavité naso-pharyngienne (*Archiv. ital. di Laryngol.*, fasc. 1, 15 juillet 1885).

Caron. — Tumeur de la langue observée chez un enfant de sept ans; examen de la tumeur et description de celle-ci par Wekenkel (*Journ. de med. de Bruxelles*, juin 1885).

Desprès. — Epithélioma de la lèvre. Ablation, huit ans sans récidive (*Gaz. des hôp.* n° 66, 9 juin 1885).

Féréol. — Perforation du voile du palais (*Soc. méd. des hôpit.*, 12 juin et 10 juillet 1885).

Furneaun (J.). — Nouveau procédé pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens. (*Brit. med. journ.*, 2 mai 1885).

Greenwood. — Varices des veines de la langue (*Brit. Med. journ.*, 30 mai 1885).

Hoffmann (E.). — Un cas de pharynx divisé en trois parties (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 28, 9 juillet 1885).

Joal. — Catarrhe naso-pharyngien. Catarrhe de l'oreille moyenne (*Archiv. d'hydrol.*, n° 1, mai 1885).

Kaposi. — Glossodynia exfoliativa (*Wien. med. Presse*, n° 12, 13, 15, 16, 18, 1885).

Lepage — Coqueluche Rougeole. Deux ulcérations de la paroi postérieure du pharynx, etc. (*Société anatom.*, 21 nov. 1884, et *Le Progrès méd.*, n° 26, 27 juin 1885).

Lejard. — Sur une variété d'épithélioma de la lèvre inférieure (*Arch. gén. de méd.*, juin 1885).

Line (W. H.).— L'angine dans la scarlatine (*The Birmingh. Med. Rev.*, 1885).

Massei. — Abcès rétro-pharyngien idiopathique (*Gaz. degli. Ospit.*, 12 juil. 1885).

Meyer-Huni. — De la valeur du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement des affections du pharynx et du nez (*Corresp. Bl f. Schweizer Aerzte*, 15 juin 1885).

Padieu. — Observation de calcul salivaire volumineux du canal de Warthon (*Gaz. méd. de Picardie*, n° 6, juin 1885).

Plateau : Observation d'abcès latéro-rétro-pharyngien (*Journ. de méd. de Paris*, n° 3, 19 juillet 1885).

Rothmann. — Pharyngoscope (*Deutsche me*., *Ztg.*, n° 45, 1 juin 1885).

Saint-Germain. — De l'amygdalotomie (*Semaine méd.*, n° 29. 25 juin 1885).

Solomon Solis Cohen. — De l'herpès de la gorge (*The med. Rec.*, 14 juillet 1885).

Sauer. — Démonstration d'appareils prothétiques pour les maxillaires (*Soc. méd. berlinoise*, 20 mai et *Deutsche med. Ztg.*, n° 44, 1 juin 1885).

Shufeldt. — Deux luettes chez un homme (*The N. Y. med journ.*, 27 juin 1885).

Shurlay. — De l'emploi du galvanisme dans les maladies chroniques du pharynx (*The New Y. med. journ.*, 4 juillet 1885)

Sinclair. — Extraction d'une sangsue des arrière-fosses nasales (*Brit. med. journ.*, 20 juin 1885),

Thibierge — Des lésions de la muqueuse buccale dans le lichen plan (*Annal de dermat. et de syph.*, n° 2, 1885).

Tillaux-Prieur. — Epithélioma de la langue. Discussion du mode opératoire (*Trib. m d.* n° 880, 28 juin 1885).

Weinlechner. Un cas de polype naso-pharingien opéré par la résection ostéoplastique de Langenbeck (*Soc. imp -royale des méd. de Vienne*, 22 mai 1885).

Williston Wright. — Observation de kyste congénital de la langue (*The Med rec.*, 16 mai 1885).

Wilson (H. M.).—.Un nouveau crochet palatin (*The med. news*, 7 avril 1885).

X.... — Angine perforante (*Gaz. des hôpit.*, n° 68, 13 juin 1885),

Nez.

Barzilay (A.). — De l'épithélioma des fosses nasales et de son traitement chirurgical (*Thèse de Paris*, 1885).

Beverley-Robinson. — Traité pratique sur le catarrhe nasal et les maladies qui s'y rapportent (2me édit. New-York, William Wood and Co, 1885).

Bresgen (M.). — La pathologie du soi-disant catarrhe chronique du nez et du pharynx (*Med. Chir. Centralbl.*, n° 24, etc., 1885).

Bull. — Du chlorhydrate de cocaïne dans la fièvre des foins (*Brit. Med. Journ.*, 4 juillet 1885).

Corning (L.). — Épistaxis artificielle (Appareil à aspiration pour saignées nasal s.) (*N. Y. med. Journ.*, 13 juin 1885).

Donaldson (F.). — Observations personnelles sur la valeur du chlorhydrate de cocaïne dans la chirurgie du nez et de la gorge (*The med. Record*, 23 mai 1885).

Fontanille — De la rhinite hypertrophique (*Thèse de Bordeaux*, 1885, chez Armaignac et Cazeaux).

Gleitsmann. — Déviation de la cloison du nez (*The Americ. Journ.*, juillet 1885).

Hack (W.). — L'olfaction et l'organe olfactif (Conférence populaire faite à Freibourg et à Karlsruhe au printemps 1885, chez J. Bergmann, Wiesbade).

Ingals Fletcher. — De la fièvre de foin, ses causes et sa guérison (*Med News*, 4 juillet 1885).

Kœbner. — Du rhino-pharyngosclérome (*Soc. de méd. de Berlin*, 15 juin. *Deutsche med. Ztg*, n° 51, 25 juin 1885).

Krakauer. — Polype muqueux du nez chez un enfant d'un mois (*Soc. de méd. int. de Berlin*, 18 mai, et *Deutsche med. Ztg.*, n° 42, 25 mai 1885).

Krause. — Démonstration d'un rhinolithe (*Soc. méd. berlinoise*, 20 mai, et *Deutsche med. Ztg*, n° 44, 1er juin 1885).

Lublinsky. — Du soi-disant eczéma de l'entrée du nez (*Deutsche med. Ztg*, n° 57, 16 juillet 1885).

Mulhall. — Catarrhe athrophique du nez (*Med. Assoc of Missouri*, 12 et 13 mai, et *Med. News*, 25 mai 1885).

Réthi. — De l'acide chromique et de son emploi comme caustique, dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx (*Wien. med. Presse*, n° 14, 15, 18, 1885).

Routier. — Hypertrophie de la muqueuse du cornet inférieur des fosses nasales. Sa nature et son traitement (suite) (*Progrès méd.*, n° 21, 23 mai 1885).

Sajous. — Du catarrhe du nez (*News Hamspire Med. Soc.*, 16 et 17 juin, et *Med. News*, 27 juin 1885).

Shurly (E. L.) De l'épistaxis (*The Medical Age*, n° 24, 26 déc. 1884).

Stelwagon. — Un cas de syphilis tardive (acné du nez) (*Med. News*, 27 juin 1885).

Vincentiis C.). — Mucocèle ou ectasie du labyrinthe de l'ethmoïde (*Rivista intern. di Medic. e Chir.*, n° 4, avril 1885).

Watson. — Méningite aiguë, due à une affection des fosses nasales (*Brit. Med. Journ.*, 30 mai 1885).

Larynx.

Ariza. — Laryngisme d'origine gastrique (*El dictamen*, Madrid 20 mai 1885).

B... — De l'aphonie (*Med. Times and Gaz.*, 16 mai 1885).

Bassols.— Altération de la voix chez les prostituées (*Anal de Otol. y. Lar.*, n° 5, 1885).

Bæumler. — De la paralysie des récurrents dans les affections chroniques des poumons (Tirage à part des *Arch. f. klin. med.*, XXXVII Bd).

Beaunis. — De la justesse et de la fausseté de la voix (*Etude de physiologie musicale*, Paris 1884, chez J.-B. Ballière).

Bennett May. Thyrotomie pour un papillome du larynx (*Midland med. Soc.*, 22 avril, et *Brit. med. Journ.*, 30 mai 1885).

Bergmann (A.) — Extirpation du larynx dans un cas de carcinome (*Petersburg. med. Wochenschr.*, n° 27, 1885).

Berry (J.) — Un cas de fracture du larynx (*The Lancet*, 23 mai 1885).

Boldt. — Laryngite tuberculeuse. Présentation du larynx (*Philadelphia Med. Times*, 16 mai 1885).

Bride (M.) — Contribution à l'étude des paralysies laryngées (*Edimburg med. journ.*, juillet 1885).

Donitzky. — Des kystes de l'épiglotte (Munich, chez J. A. Finsterlin, 1885).

Fredet. — Epiglottite suppurée, compliquée d'œdème de la glotte (*Union med.* n° 87, 25 juin 1885).

Hæcker. — Corps étrangers des voix aériennes (*Vratsch*, n° 8, 1885).

Hooper Franklin. — Fonction respiratoire du larynx humain d'après des expériences faites au laboratoire de physiologie de l'université de Harvard (*The N. Y. med. journ.*, 4 juillet 1885).

Jankowsky. — Paralysies des muscles laryngés après l'extirpation du larynx (Tirage à part du *Deutsche Zeitschr. f. chir.*, XXII, Bd).

Ingals (Chicago). — De la laryngite chronique (*Illinois state med. soc.*, 19, 20 et 21 mai et *N.-Y. med. journ.*, 13 juin 1885).

Masini. — Contribution à l'étude de la lèpre dans le larynx (*Arch. ital. di laryng.*, 15 juillet 1885).

Massei. — Leçon d'ouverture pour le cours de laryngologie (*Rivist clin. therap.*, n° 7, juillet 1885).

Mathieu (A.) — Anévrysme de la crosse de l'aorte, lésion du nerf récurrent (*Journ. des connaiss. med.*, n° 27, 2 juillet 1885).

Mathews. — Trachéotomie pour un cas de sténose du larynx (*Med. news*, 30 mai 1885).

Morgan (E. C.). — Hémorragie laryngée soux-muqueuse (*The Med. Rec.*, 21 mars 1885).

Moure. — Présentation d'un cas de polype, d'un cas de kyste du larynx et d'un cas de paralysie des crico-thyroïdiens (*Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, le 22 mai et *Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 46, 14 juin 1885).

Newman (D.) — De la laryngite et de la pharyngite chroniques. Leur simptômes et leur traitement (*Brit. med. journ.*, 4 juillet 1885).

Roquer Casadesus. — Du traitement des affections laryngées en général (*Revista de laring. otol. etc.*, n° 1, Barcelone, 1 juillet 1885).

Remak. — Un cas de paralysie double du nerf spinal (*Soc. de méd. int. de Berlin*, 1 juin et *Deutsche méd. Wochenschr.*, n° 27, 2 juillet 1885).

Santvoord. — La sténose laryngée peut-elle accasionner une hyperémie pulmonaire (*The med. Rec.*, N. Y., 4 juillet 1885).

Schiffers. — Papillome du larynx (*Soc. méd. chir. de Liége*, 2 juillet 1885),

Voltolini. — Opération des polypes du larynx avec l'éponge (*Deutsche med. Wochensch*, n° 21, 21 mai 1885).

Trachée.

Duret. — Phlegmon du cou ; trachéotomie cause de la mort (*Soc. des scienc. méd. de Lille*, 22 avril, et *Journ. des scienc. méd. de Lille*, n° 12, 20 juin 1885).

Mathews. — Ulcération striée immédiatement au-dessous des cordes vocales. Sténose laryngée ; trachéotomie (*The med. Rec.*, 23 mai 1885).

Osler. — Pièces d'un anévrisme de l'aorte ouvert dans la trachée et dans l'œsophage (*Philad. Med. Times*, 30 mai 1885).

Reginald Harrison. — Suicide, plaie du cou traitée par la trachéotomie et des sutures profondes (*The Lancet*, 9 mai 1885).

Sota (Ramon de la). — Trachéotomie dans la période asphyxique du croup (*Arch. Ital. di Laring.*, 15 juillet 1885).

Winters (J.). — L'opération de la trachéotomie est-elle dangereuse dans le croup? Quand doit-elle être pratiquée? (*The med. Rec.*, New-York, 30 mai 1885).

Oreilles

Baker (A.). — Un cas de bruits objectifs dans les deux oreilles (*Zeitschr. f. Ohrenh.* Bd XIV, Heft 3 et 4).

Benson (Arthur). — Extraction d'une exostose éburnée du conduit auditif externe (*The Lancet*, 9 mai 1885).

Bezold. — Essai pour expliquer la transmission aérienne et osseuse dans le procédé de Rinne avec une autopsie (Munich, chez J. A. Finsterlin, 1885).

Bezold (F.). — Examen de l'organe auditif chez l'enfant, fait dans les écoles (tracés et gravures) (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd XIV, Heft 3 et 4, et Bd XV, Heft 1).

Bobone. — Des maladies de l'oreille occasionnées par les bains de mer, et des moyens de les prévenir (*Bollet. delle Malat. dell'Orecch.*, *della Gola*, etc., 1er juillet 1885).

Bremer (V.). — Rapport sur les communications de la section d'Otologie du « Congrès médical international de Copenhague » (août 1884) (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd XIV, Heft 3 et 4).

Burckhardt-Merian. — Comptes rendus et mémoires du 3e Congrès international d'Otologie de Bâle, du 1er au 4 septembre 1884 (49 figures dans le texte et 3 tableaux) (Bâle, 1885, chez Benno Schwabe, libr.-édit.).

Burkner. — De l'amélioration de l'audition au milieu du bruit (Paracousie de Willis) (*Berl. Klin. Wochenschr.*, no 27, 1885).

Cheatam (W.). — Contributions cliniques à l'étude de l'Otologie (*Arch. of Otol.*, mars 1885).

Cooper. — Surdité vasculaire, etc. (*The Dubl. Journ. of Med. Sc.*, juillet 1885).

Dauchez (H.). — Traitement de l'otorrhée (*Thérapeut. contemp. méd. et chir.*, no 29, 17 juillet 1885).

Dayton (W. A.). — Observations sur l'usage du peroxyde d'hydrogène dans les suppurations de l'oreille (*Arch. of Otol.*, mars 1885).

Eitelberg (A.). — Du traitement des affections de l'oreille moyenne avec la sonde à pression de Lucæ (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd XIV, Heft 3 et 4).

Eitelberg. — L'examen manométrique combiné comme moyen de diagnostiquer en otiatrie (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd XIV, Heft 1 et 2).

Ferguson, Lindo. — Modification de la sonde de la trompe d'Eustache (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd XIV, Heft 3 et 4).

Ferré. — Les ganglions intra-rocheux du nerf auditif chez l'homme (*Progrès méd.*, no 14, 4 avril 1885).

Fulton (J.) — Un cas d'otite moyenne chronique suppurée avec affection intracrânienne consécutive. Névrite optique double. Guérison complète. (*Zeitschr. f. Ohrenh.* XIV Bd, Heft 3 et 4).

Gellé. — Etudes cliniques sur la valeur des pressions centripètes en otologie (*Tribune méd.*, n° 876, 31 mai 1885).

Gonzalez Alvarez. — Des polypes du conduit auditif externe (*Arch. de medic. y cirug. de los Ninos*, 31 mai 1885).

Grazzi. — De l'ota'gie (*Raccoglit. med.*, série IV, vol. 23, n° 13).

Green Orne. — Sarcome à cellules arrondies de l'oreille (avec une gravure sur bois) (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd. XIV, Heft. 3 et 4).

Hartmann (A.) — Rapport sur le 3e congrès international d'otologie tenu à Bâle du 1 au 4 septembre 1884 (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bc. XIV, Heft. 1 et 2).

Hedinger (A.) — Contribution à l'étude de la pathologie et de l'anatomo-pathologie de l'oreille (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd. XIV, Heft. 1 et 2).

Holt — Inflammation chronique de l'oreille moyenne et interne (*New-York Pathol. soc.*, séance du 22 avril 1885 et *New-York med. journ.*, 9 mai 1885).

Jan. — Des complications de l'otite moyenne suppurée et de la trépanation mastoïdienne (*Thèse de Paris*, 1885)

Kipp (Ch) — Deux cas de perte totale de l'ouïe d'un seul côté à la suite des oreillons (*Zeitschr. f Ohrenh.*, Bd. XIV, Heft 3 et 4).

Knapp (H.) — Deux cas de surdité consécutive à une méningite cérébro-spinale, l'une unilatérale, l'autre bilatérale. Toutes deux accompagnées d'une affection simultanée des deux yeux et dont une se termina par la guérison (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd. XIV, Heft. 3 et 4).

Knapp (H.) — Rapport sur la 20e séance annuelle, du 15 juillet 1884, de la Société d'otologie d'Amérique (*Zeitsch. f. Orenh.*, Bd. XIV, Heft. 1 et 2).

Krylow. — Un cas intéressant de vertige de Ménière (*Vratsch*, n° 15, 1885).

Lallemant. — Migration d'un corps étranger du conduit auditif externe dans l'arri re-cavité des fosses nasales par la caisse et la trompe d'Eustache (*Gaz. des hôpit.*, n° 63, 2 juin 1885).

Laufenauer. — Le diapason comme moyen de diagnostic (*Pest. med. chir. Presse*, n° 5 et 6, 1885).

Moos. — Réponse à l'article de Benno Baginsky. (De la complexité des simptômes de Menière et des troubles de l'équilibre causés par des affections cérébrales (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 10, 1885).

Moos et Steinbrugge. — Des altérations histologiques dans les tissus mous et dans la charpente osseuse des deux rochers chez un homme atteint de syphilis tertiaire (avec 3 figures) (*Zeitschr. f. Ohrenhr.*, Bd. XIV, Heft 3 et 4).

Moos S. — De la carie lacunaire du manche du marteau (avec une planche) (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd. XIV, Heft 1 et 2).

Moos (S) — Des bourgeons vasculaires de la muqueuse de la caisse (avec une planche (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd. XIV, Heft. 1 et 2).

Morpurgo. — Sur la maladie de Menière (*Lo Speriment.*, n° 6, juin 1885).

Moure. — Des corps étrangers de l'oreille (Leçon recueillie par J. Charazac) (*Journ. de méd. de Bordeaux*, n° 46, 14 juin 1885).

Neumann (J.). — Périostite de l'apophyse mastoïde (d'origine syphilitique) occasionnant surtout des symptômes nerveux (*Allg. Wien. med. Ztg.*, n° 23, 9 juin 1885).

Norris Rudl. — Un cas de retour subit et temporaire de l'ouïe après une surdité de 21 ans (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd. XIV, Heft 3 et 4).

Owen et Pye. — Un cas de trépanation de l'apophyse mastoïde pour calmer la douleur (*Brit. med. journ.*, 11 juillet 1885).

Phillips. — Nécrose de tout le labyrinthe osseux. Extraction du séquestre chez un enfant (*Brit. med. journ.*, 4 juillet 1885).

Ploquée (L.). — Ostéite tuberculeuse du rocher. Pachyméningite de voisinage. Compression du nerf trijumeau, etc. (Soc. anat. de Paris, 1er octobre 1884, *Gaz. méd. de Paris*, 11 juillet 1885).

Rothholz (H.). — Abcès du cervelet dans l'otite moyenne chronique suppurée. Propagation par le facial (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd XIV, Heft 3 et 4).

Schulte (E.). — Des relations qui existent entre la corde du tympan et la perception du goût dans les deux tiers antérieurs de la langue (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd XV, Heft 1).

Schwabach. — De la valeur du procédé de Rinne pour le diagnostic des maladies de l'ouïe (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd. XIV, Heft 1 et 2).

Schwabach. — De la pathologie du cartilage de l'oreille (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 25, 1885).

Sojo (Francisco). — Du traitement des polypes de l'oreille par le galvanocautère (*Anal. de Ot. y Lar.*, n° 5, 1885).

Suñé y Molist. — Les différents degrés de surdité (*Riv. di Laryng. Otol.* etc. Barcelone, 1er juillet 1885).

Symington. — Sur l'anatomie du conduit auditif externe chez les enfants (*Edinb. Med. Journ.*, janvier 1885).

Truckenbrod (C.). — Sur un vice de conformation de l'oreille (avec 4 figures) (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd. XIV, Heft 3 et 4).

Verdes. — Hypnotisation par les voies auditives (*Rivista di Laryng., Otol.*, etc., Barcelone, n° 1, juillet 1885).

Warren. — Malade avec des polypes occupant la région temporale (*Americ. med. Assoc.* 1885).

Weydner. — De la structure des polypes de l'oreille (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd XIV, Heft 1 et 2).

Williams. — Troubles cérébraux graves dus à une affection légère de l'oreille (cérumen) (*The Louisville Med. News*, 9 mai 1885).

Williams Cornelius. — 1° Un cas de fracture du conduit auditif externe par contre-coup avec rupture du tympan. — 2° Un cas de carie de l'os pétreux avec quelques remarques sur l'ouverture précoce de l'apophyse mastoïde (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd XIV, Heft 3 et 4).

Wolf (O.). — Deux cas d'affections graves du labyrinthe dans la scarlatine diphtéritique (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd XIV, Heft 3 et 4 et Bd XV, Heft 1).

Varia.

Albertini e Tizoni. — Des effets de l'extirpation du corps thyroïde (*Gazzetta degli Ospitali*, Milan, 3 juin 1885).

Beaunis. — Recherches expérimentales sur les conditions de l'activité cérébrale et sur la physiologie des nerfs (Paris, 1884, chez J.-B. Baillière).

Berthold (E.). — Rapport sur les communications de la section d'Otiatrie, de Rhinologie et de Laryngologie, faites à la réunion des naturalistes de Magdebourg, 1884 (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd XIV, Heft 1 et 2).

Brown-Séquard. — Sur une espèce d'anesthésie artificielle, sans sommeil et avec conservation parfaite de l'intelligence, etc. (*France méd.*, n° 72, 23 juin 1885).

Cazal (du). — Goître exophtalmique avec tremblement et atrophie musculaire généralisée (*Gaz. hebdom. de med. et de chir.*, n° 21, 22 mai 1885).

Chavasse. — Remarques cliniques sur l'opération de la thyroïdectomie (*The Lancet*, 18 juillet 1885),

Colin. — Affections diphtéritiques des animaux (Académie des sciences, 15 juin 1885).

Cozzolino (V.). — Dispensaire pour les maladies de l'oreille, du nez et de la gorge (Naples, 1885).

Desprès. — Kyste du corps thyroïde, drainage, guérison rapide (*Gaz. des hôpit.*, n° 66, 9 juin 1885).

Demuth. — Contribution à l'étude de l'analogie qui existe entre le croup et la diphtérie au point de vue étiologique (*Vereinsbl. d. pfælz. Arzte*, n° 2, 1885).

Desvernine. — Cancer de l'œsophage (*Cronica med. quirurg. de la Habana*, n° 6, juin 1885).

Donath. — Contribution à l'étude du chinolin et de son emploi dans la diphtérie (*Wien. med. Presse*, n° 3, 1885).

Feletti. — De la percussion de l'œsophage (*Rivist. clin.* février 1885).

Figueras (Rodon). — Traitement du croup par le calomel à haute dose (*Gaceta med. Catal.*, 15 juillet, et 30 juin, 1885).

Fraenkel (B.) — Pulvérisateur pour les huiles éthérées (*Deutsche med. Ztg.*, n° 44, 1 juin 1885).

Gross Samuel. — Gastrotomie, rasoplagotomie interne, etc., dans le traitement des rétrécissement de l'œsophage (*Philadelphia*, chez Collins, Printer 1885).

Heydenreich. — Quelques accident consécutifs à l'extirpation du corps thyroïde (*Sem. méd.*, n° 26, 24 juin 1885).

Horsley. — Glande thyroïde et myxœdème (*The med. News*, 4 avril 1885).

Jacobi (J.) — Remarques sur la fièvre typhoïde chez l'enfant (*Arch. of pediatrics*, mars 1885).

Kelly. — Traitement de la diphtérie chez les enfants (*Amen med. Assoc.*, 28 avril, et *Med. News*, 23 mai 1885).

Kayser. — Propagation de la scarlatine et de la diphtérie à Berlin de 1874 à 1883 (*Vierteljahrssch. f. gerichtl. Med.*, 1885, Heft 2).

Lagrange. — De la thyroïdectomie (*Soc. de chir. de Paris*, 3 juin 1885).

Lawson et Lediard. — Observations d'œsophagotomie (*Clinic. Soc. of London*, 22 mai et *Brit. med, journ.*, 30 mai 1885).

Livio Vincenzi. — Sur la régénération partielle de la glande thyroïde (*Gazzeta degli Ospitali*, 8 juillet 1885).

Loumeau. — Kyste du cou traité et guéri par la ponction suivie d'injection iodée (*Soc. de méd. et de chir. de Bordeaux*, 5 juin 1885. et *Journ. de méd de Bordeaux*, n° 47, 21 juin 1885)

Lucas de Crésantignes. — Quelques considérations sur la propagation et la prophylaxie de la diphtérie (*Thèse de Paris*, n° 44, 18 février 1885).

Magnien. — Rétrécissement œsophagien (cancer). Gastrotomie (*Loire méd.* n° 6, 15 juin 1885).

Morse (Thomas. H.). Un cas de thyroïdectomie (*The Lancet*, 27 juin 1885).

Peter. — Spasmes œsophagiens causés par une gastrite chronique (*Gaz. des Hôpit.*, n° 74, 27 juin 1885).

Reher. — Contribution à l'étude des maladies de l'œsophage (*Deutsch. Arch. f. Klin. med.*, Bd XXXVI, Heft 5 et 6).

Reinhard. — Du traitement des paralysies diphtéritiques par la strychnine (*Deutsch med. Wochenschr.*, n° 19, 7 mai 1885).

Robinson. — Sur le goître endémique (Londres, Churchill, édit., 1885).

Rosenthal. — De l'hémiparésie et de l'hémianesthésie consécutives à la diphtérie (Soc. impér royale des médecins, de Vienne, 19 juin 1885).

Sheen (A'.— De la diphtérie (Observations)(*Bristol, med. chir. journ.* juin 1885).

Simon (J.) — Diagnostic, pronostic et traitement de la diphtérie (*Semaine méd.*, n° 22, 27 mai, et n° 27, 17 juin 1885).

Smith. — Traitement du croup (*Med News*, 9 mai 1885).

Sota (Ramon de la). — Extirpation d'un polype laryngé avec la cocaïne (*Revist. de Med. y Cirug.*, 22 avril 1885).

Tillaux. — Kyste dermoïde de la région sus-hyoïdienne (*Gaz. des hôp.*, n° 72, 23 juil. 1885).

Wilson. — Notes cliniques (*Arch. of otol.*, mars 1885).

X. — Traitement de la diphtérie (*Union méd du Canada,* 8 avril 1885).

XX. — Traitement de la diphtérie (*Union méd. du Canada,* n° 6, juin 1885).

XXX. — Traitement de la diphtérie par le chlorate de potasse (*Union méd. du Canada*, n° 5, mai 1885).

Zesas. — Cachexie consécutive à l'extirpation du goître (Cachexia strumipriva) (*Deutsche med.* n° 55 et 56, 9 et 13 juillet 1885).

Bordeaux. — Imprimerie nouvelle A. BELLIER et Cie, rue Cabirol, 16.

AVIS

Messieurs les nouveaux abonnés sont prévenus qu'ils peuvent encore se procurer la collection complète de la *Revue* au prix de 10 fr. le volume.

Les auteurs de travaux originaux qui en feront la demande recevront, gratuitement, 30 exemplaires tirage à part de leurs articles.

PUBLICATIONS DE LA REVUE

J. Baratoux. — *De la perforation du tympan, de ses cicatrices; moyens d'y remédier*, in-8, 16 pages ... [illegible]

J. Baratoux. — *De la gastroscopie et de l'œsophagoscopie*, in-8°, 15 pages avec figures en noir ... fr. 1 50

J. Baratoux. — *Otologie, pathologie et thérapeutique générales de l'oreille, diagnostic*, in-8°, 108 pages avec des figures en noir ... fr. 3 50

J. Baratoux. — *De l'Électrolyse ou de la Galvanocaustique de la Trompe d'Eustache*, in-8° 24 pages ... fr. » 75

L. Bayer. — *Deux cas de Mycosis tonsillaire, lingual et pharyngien*, in-8, 5 pages. » 50

L. Bayer. — *De l'influence de l'appareil sexuel de la femme sur l'organe vocal et sur la formation de la voix*, in-8°, 16 pages ... fr. 1 75

Boucheron. — *De la Surdi-Mutité par Otopiésis ou Compression auriculaire*, in-8° de 36 pages, avec une planche en noir ... fr. 1 50

Delie, d'Ypres. — *Hoquet et spasmes pharyngo-laryngés*, in-8°, 24 pages ... fr. 1 50

A. Ducau. — *Cliniques Otologiques du Docteur E. J. Moure. Sur quelques maladies de l'oreille*, in-8°, 24 pages ... 1 50

Ch. Fauvel. — *Histoire d'une balle retrouvée dans le Larynx*, 22 pages avec des figures en noir ... fr. 1 25

H. Guinier. — *Des conditions physiologiques de la laryngoscopie*, in-8° ... fr. 1 25

H. Guinier. — *Contribution à l'étude des tumeurs éphémères ou non permanentes du larynx*, in-8, 17 pages ... fr. 1 25

Th. Hering. — *De la pharyngite chronique en général et de la pharyngite latérale en particulier*, in-8°, 18 pages ... fr. 1 25

Th. Hering. — *De l'emploi de l'Acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx*, in-8°, 20 pages ... fr. 1 25

Th. Hering. — *Des corps étrangers égarés dans le larynx et l'œsophage* in-8° 16 pages. fr. 1 25

Joal. — *De l'angine sèche et de sa valeur séméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie*, in-8°, 40 pages ... fr. 1 50

Joal. — *Étude sur les fluxions de la muqueuse laryngée*, in-8° 40 pages ... fr. 1 75

Mach. — *Du Laryngo-Typhus*, in-8°, 20 pages ... fr. 1 [illegible]

E. J. Moure. — *Étude sur les Kystes du Larynx*, grand in-8° de 100 pages avec des figures en noir dans le texte ... fr. 3 50

E. J. Moure. — *Recueil clinique sur les Maladies du Larynx*, grand in-8° de 198 pages, avec figures en noir dans le texte ... fr. 3 50

E. J. Moure et J. Baratoux. — *De l'emploi du Chlorhydrate de cocaïne*, in-8°, 8 pages ... » 50

Schiffers. — *Contribution à l'étude du Cancer du larynx*, in-8° 20 pages ... 1 [illegible]

Pour recevoir l'un de ces ouvrages il suffit d'en adresser le montant au Bureau de la REVUE ou à l'Éditeur.

SOMMAIRE

N° 9. — Septembre 1885.

Travaux originaux

Revue générale, Analyses

RÉUNION DES NATURALISTES ET MÉDECINS ALLEMANDS

Qui aura lieu à Strasbourg, du 17 au 23 Septembre 1883

Programme provisoire des communications annoncées jusqu'à ce jour à la section d'Otiatrie et de Laryngologie :

Otiatrie. — Président de section : M. KUHN ; secrétaire : MM. KUHN et KREISS. MM. BOHRER (Zurich) : Anamalies dans la formation du pavillon de l'oreille. — TRAUTMANN (Berlin) : Sujet réservé. — Moos (Heidelberg) : Sujet réservé. — ROLLER (Trier) : De la syphilis du labyrinthe. — B. BAGINSKY (Berlin) : Sujet réservé. — LICHTENBERG (Budapest) : Sujet réservé. — LUCÆ (Berlin) : 1° Remarques critiques et nouvelles sur l'examen avec le diapason ; 2° De l'antisepsie dans les opérations de l'oreille. — HABERMANN (Prague) : De l'infection tuberculeuse de l'organe de l'ouïe. — KNAPP (New-York) : Ablation heureuse, avec le ciseau, d'une exostose éburnée remplissant le conduit auditif. — HEDINGER (Stuttgart) : Des batteries galvano-caustiques. KIESSELBACH (Erlangen) : De l'épistaxis. — KUHN (Strasbourg) : 1° Trépanation de l'apophyse mastoïde. Mort par l'iodoforme ; 2° Rupture des deux tympans par un soufflet.

Laryngologie. — Président de section : M. PAUL MEYER ; secrétaire : M. JAEGER. MM. STOERK (Vienne) : Des opérations pratiquées dans la Laryngologie. — BAYER (Bruxelles) : Du catarrhe chronique de la muqueuse de la bouche et des voies aériennes causé par l'emploi d'un dentier.

6e Année. N° 9. 1er Septembre 1885.

SUR UN CAS D'EXOSTOSE DU CONDUIT AUDITIF

Par le Dr **Jacquemart**, professeur d'otologie à l'Ecole de Médecine d'Alger.

Au mois d'août 1884, Mme R.... est venue me consulter à propos de son oreille droite dont, me dit-elle, elle n'entendait plus du tout depuis deux mois, et dont elle avait commencé à entendre moins depuis cinq ou six mois. Non seulement elle n'entendait plus, mais elle éprouvait une gêne particulière qui l'agaçait sans relâche. Elle ne souffrait pas encore localement, mais déjà elle ressentait un embarras voisin de la douleur. En outre des bourdonnements, sortes de ronflements, commençaient à se faire sentir.

L'oreille gauche était intacte dans sa fonction. Et pourtant Mme R., bien qu'elle eût cette oreille saine, n'entendait plus bien. Elle faisait souvent répéter; et les conversations générales lui échappaient. J'ajouterai que Mme R. était extrêmement nerveuse, un rien l'impatientait. Elle n'avait pas de bon endroit; sans cesse en mouvement tout en cherchant le repos. Elle pleurait et riait avec la même facilité et sans motif. En un mot, elle présentait tous les symptômes de l'hystérie, et pourtant elle n'avait jamais eu de crise. Encore cet état nerveux ne remontait qu'au début de l'affection auriculaire.

Voilà dans quel état général se trouvait Mme R. quand elle s'est présentée à moi.

Questionnée à propos de cette oreille droite, elle me dit qu'elle n'a jamais eu de douleurs ni d'écoulement par là.

L'examen objectif me révèle bien vite la présence d'un obstacle fermant le conduit auditif droit. Au premier examen cet obstacle d'apparence cérumineuse, m'amène à faire une irrigation détersive.— Aussitôt après, un peu de cérumen s'étant détaché, je constate l'existence d'une tumeur dure recouverte d'un chorion absolument pareil à celui qui tapisse le conduit auditif. Cette tumeur a la

même nuance que la peau du conduit. Elle est solidement fixée dans la cavité du conduit. Le stylet la trouve dure au toucher, absolument résistante, immobile. Mais il existe sur tout le pourtour un sillon qui indique que cette tumeur ne fait pas corps en toute sa masse avec le dit conduit. C'est un signe diagnostique différentiel avec un obstacle par imperforation naturelle, en admettant que le mode de formation ne suffise pas à lui tout seul pour établir cette distinction: j'ai dit en effet que les troubles auditifs ne remontent qu'à deux mois.— Cherchant à pénétrer par quelque point du sillon circulaire entre la paroi du conduit et la tumeur, je n'arrive qu'au prix d'une vive douleur à introduire la pointe très mince d'un stylet mousse.

Le diagnostic que je posai fut celui d'une exostose du conduit auditif siégeant vers le milieu de la partie osseuse et par conséquent très proche de la membrane du tympan. Cette exostose avait-elle un volumineux pédicule? Rien ne pouvait l'indiquer à la vue, car il n'était pas possible de l'explorer, comme je viens de le dire. Sa masse comblait entièrement le calibre du conduit. Impossible même de savoir où en était le point d'implantation. Cependant, connaissant le développement rapide de la tumeur, il me vint à l'esprit qu'elle devait être faiblement pédiculée. Il me sembla, en voyant une malade exempte des causes diathésiques ordinaires de production de ces néoplasmes, il me sembla qu'elle avait dû, bien que ne s'en rappelant point, se blesser quelque jour dans le conduit, en se grattant par exemple avec un cure-oreille, ce qu'elle avoue avoir fait souvent d'ailleurs.

Je pensai donc qu'il était possible qu'une blessure ainsi faite eût amené une périostite circonscrite, puis un point d'ostéite; et dès lors l origine d'une exostose à pédicule mince s'imposait à l'esprit. Avais-je tort ou raison dans une semblable hypothèse? Nous verrons plus loin que je ne me trompais pas.

Je n'ai pas parlé de la fonction auditive. Or, il est

certain qu'elle avait été l'objet de toute mon attention.

L'audition à distance du côté droit était nulle, nulle même au contact d'une montre sur le pavillon. Mais le tic-tac était parfaitement perçu sur tous les points du crâne du même côté. Le diapason appliqué étant en vibrations, sur le vertex, était entendu exclusivement du côté droit. Or, d'après les règles établies par nos maîtres, quand il arrive que le diapason soit mieux entendu du côté de l'oreille obstruée, c'est un avertissement puissant, pour ne pas dire infaillible, que la fonction auditive est conservée; c'est du moins l'indice que l'appareil de transmission seul, conduit ou caisse ou trompes, est malade.

Je crus donc pouvoir annoncer à ma malade que si l'obstacle qui siégeait dans son conduit auditif était enlevé ou réduit, elle entendrait de l'oreille droite comme de la gauche. Dès lors s'agita la question de la réduction ou de l'enlèvement. Je résolus, pour assurer davantage mon pronostic, d'établir par dilatation un léger pertuis entre la paroi du conduit et la tumeur. Croyant d'abord avoir plus facile à la partie inférieure, j'essayai d'y introduire de petits morceaux de laminaire. Je ne réussis qu'à produire de vives douleurs. Ayant trouvé une introduction plus facile au sommet, j'essayai par ce côté laminaire et coton, et ne pus rien obtenir qui m'aidât. Je constatai pourtant par ce côté que la tumeur était adhérente par sa base ou du moins par ses parties inférieures. Déjà je trouvais la confirmation de mon hypothèse d'un pédicule peu volumineux, car je crus sentir une certaine mobilité en l'agitant par le haut. Cela me fit concevoir le dessein de passer par-dessus une anse faite d'un fil de platine, lequel fil adapté à un serre-nœuds galvanique me permettrait ou d'en faire la section complète ou de la décapiter en rougissant mon fil et en le serrant à la fois. Mais malgré mes efforts et ceux de la malade, je ne pus réussir à passer l'anse, tant était étroite la fente, et tant était grande la douleur.

Dès lors il fallut prendre un parti extrême : anesthésier la malade et une fois la douleur supprimée, agir par le moyen le plus prompt et le plus convenable pour débarrasser le conduit de cet obstacle.

Mme R... ayant accepté le moyen que je proposais, nous résolûmes d'opérer le jour même.

J'aurais pu penser à recourir à la gouge ou au trépan. Mais je ne connaissais au juste ni l'épaisseur de la tumeur, ni son point d'implantation. Et d'ailleurs je serais gêné par le sang qui était inévitable en se servant de l'instrument tranchant. Je serais vite obligé d'agir en aveugle. Je préférai donc, ayant à ma disposition un excellent cautère galvanique, entamer d'abord la tumeur par son sommet, puis, si elle était de petite épaisseur, la brûler tout entière. Le feu, au moins, en modérant bien mon courant, ne me donnerait pas de sang, et j'opérerais absolument à découvert. Je ne craignais d'ailleurs pas le rayonnement, encore moins la brûlure par contact, attendu que je me servais d'un spéculum plein allant jusqu'à la tumeur et l'embrassant dans son extrémité. Et d'ailleurs mon otoscope adapté au dit spéculum me permettait de projeter dans le conduit les rayons d'une lampe et d'y voir absolument clair.

Une fois le moyen choisi, je m'entendis avec le Dr Lejeune, parent de la malade, pour qu'il voulût bien surveiller le sommeil anesthésique.

Comme je l'avais projeté, j'attaquai la tumeur par le galvano-cautère, à son sommet et à son centre. J'avais déjà réduit un certain volume quand mon cautère surchauffé se dessouda et j'allais être dans l'obligation d'en employer un moins commode. Mais je changeai d'idée. J'essayai d'introduire le serre-nœud galvanique par l'espace déjà dégarni et élargi : impossible ; alors mon parti fut vite pris d'en finir au plus vite. J'avais trouvé, ai-je dit, un peu de mobilité à la tumeur ; de nouveau je constatai la même mobilité. Alors je m'armai d'un levier préparé d'avance pour cette éventualité. Je pus introduire

l'extrémité du levier dans l'espace que le cautère avait fait à la partie supérieure. Et je fis basculer la tumeur en dehors. Je la sentis céder. Retirant mon levier, je pris une pince et réussis à saisir fortement la tumeur par son travers. Un mouvement de torsion en tirant me fit l'amener tout entière.

La tumeur éburnée était bosselée et présentait une surface de cassure qui avait dû adhérer à la paroi postéro-inférieure. Cette surface de cassure avait 3 ou 4 millimètres dans le sens horizontal, et 2 millimètres de bas en haut.

La tumeur totale réduite à ses deux tiers après la cautérisation offre encore 8 millimètres de dehors en dedans et5 à 6 de hauteur. Quant à l'épaisseur, elle est au moins de 5 ou 6 millimètres également. Il est bon de dire que ces dimensions sont celles de la tumeur décortiquée; car elle est sortie de sa gaîne dermique absolument comme une châtaigne cuite sort de son écorce.

L'enveloppe cutanée est restée dans le conduit auditif. Mais on conçoit qu'elle devait augmenter notablement le volume de la tumeur. Je ne m'occupai pas davantage d'extraire cette enveloppe cutanée. J'en ferai l'affaire de soins ultérieurs. Ranimer la malade déjà depuis longtemps anesthésiée prit toute mon attention.

Le soir du même jour, en faisant le pansement qui consista en irrigations tièdes et renouvellement du coton je pus constater *de visu*, que la membrane du tympan était intacte, que le conduit était régulier, qu'il n'y avait qu'une plaie saignante située sur la paroi postéro-inférieure, vers le millieu de la partie osseuse du conduit. Des débris dermiques provenant de la coque flottaient dans le conduit. Mais il n'y avait aucune autre blessure ni aucune brûlure.

Enfin la malade entendit ma montre à 50 centimètres. Je continuai le même pansement antiseptique et rafraîchissant.

Cinq jours plus tard, grande augmentation d'audition,

plus de douleurs ni de bourdonnements. La brisure du pédicule se comporte en plaie de bonne nature. Quelques accidents nerveux sont survenus, mais sans gravité. Il n'y a pas eu de fièvre,

Quinze jours plus tard, guérison complète; récupération de l'audition. Bien que Mme R... soit d'un tempérament nerveux, nous la trouvons infiniment plus calme.

Aujourd'hui 2 août, un an après l'opération que je viens de décrire, je trouve Mme R... toujours guérie. Aucune récidive de la tumeur ne s'est faite ni ne paraît devoir se faire.

TUMEURS MALIGNES PRIMITIVES DU NEZ

(Suite et fin) (1)

Par le Dr **Schmiegelow** (de Copenhague).

L'étiologie des tumeurs sarcomateuses et carcinomateuses du nez est enveloppée d'une obscurité aussi complète que celle des tumeurs analogues des autres parties du corps. Des rapports des différents auteurs, tels que Michel (2), Watson, il semble ressortir que des tumeurs malignes, dans certains cas, peuvent se développer de tumeurs bénignes. Il y a des raisons de croire que le cas rapporté par Watson, dans *Ophtalmic Hospital's Report* (vol. IV, p. 98), était, de prime abord, bénin; tandis que lorsqu'il fut opéré pour la seconde fois, il avait pris les caractères d'une tumeur maligne (carcinome ou sarcome). D'après les observations de Schæffer, les polypes muqueux ordinaires auraient une certaine tendance à se transformer en carcinome. Il paraîtrait aussi, d'après sa troisième observation, que des polypes muqueux ordinaires peuvent se trouver associés dans les fosses nasales à une tumeur

(1) Voir *Revue*, n° 8, août 1885.

(2) *Die Krankheiten der Nasenhœhle u des Nasenrachenraumes*, Berlin, 1876, p. 69.

maligne. Hopmann a rapporté un exemple de ce genre (voir p. 235). On a vu des carcinomes se développer dans le nez chez des individus atteints autrefois d'affections syphilitiques de cet organe (Neuman), mais il ne me semble pas qu'on soit autorisé pour cela à établir entre ces deux maladies une relation de cause à effet. On ne doit y voir qu'une coïncidence accidentelle. Dans mon cas, un coryza aigu, violent, avait précédé le développement du carcinome; ce coryza joua peut-être un certain rôle comme cause accidentelle.

Le diagnostic est en général facile, la marche de l'affection, les examens rhinoscopique et microscopique permettront de l'établir facilement. La seule difficulté qui pourrait se présenter, serait, peut-être, de déterminer, si l'on est en présence d'une tumeur maligne primitive du nez, ou si le néoplasme est secondaire et s'est accru dans le nez après avoir pris naissance dans un des organes voisins. Au reste, ce dernier point ne présente aucune importance dans la pratique.

Il existe dans l'aspect des sarcomes et des carcinomes une particularité qui joue un grand rôle au point de vue du diagnostic différentiel. Tandis que les carcinomes s'ulcèrent très rapidement et ne conservent que pendant un temps relativement court l'aspect polypiforme; les sarcomes, au contraire, conservent plus longtemps intacte l'écorce fibreuse qui les revêt, ne s'ulcèrent à la surface que tardivement, après avoir déjà atteint un énorme développement et s'être accru hors de la cavité nasale. Cette circonstance caractéristique pour les sarcomes trouve son explication dans ce fait que, dans tous les cas de sarcome du nez, on a affaire à des sarcomes périostaux ou périchondraux.

Le sarcome périostal, — Virchow (1) a particulièrement appelé l'attention sur ce sujet —, se développe de prime abord dans les couches les plus profondes du

(1) *Die krankhaften Geschwülste*, Berlin, 1863, vol. II.

périoste, tout près de l'os, de sorte que la masse principale du périoste, par cette nouvelle production de tumeur, s'éloigne de plus en plus du tissu osseux. La tumeur se trouve ainsi recouverte par le périoste primitif au périchondre, qui produit une tunique solide autour de la tumeur, et ce n'est que dans la période ultime du développement du néoplasme que cette tunique est perforée par le tissu sarcomateux et devient le siège d'un processus ulcératif. Une tumeur maligne molle, qui s'accroît rapidement et atteint d'énormes proportions sans montrer de tendance à l'ulcération, est très vraisemblablement un sarcome; au contraire, si l'on rencontre dans la cavité nasale des tumeurs fortement ulcérées, on doit songer de préférence à un carcinome, surtout si l'on a affaire à des malades d'un âge mûr; il faut évidemment avoir égard à la possibilité d'affections lupeuses, tuberculeuses ou syphilitiques.

Le pronostic des carcinomes doit être regardé comme extrêmement grave, et cependant mon cas autorise à croire que le malade n'est pas absolument condamné, quand on a affaire à des carcinomes cylindriformes du nez et que la maladie n'a pas atteint un trop grand développement. Je réussis, par exemple, il y a six mois, à débarrasser le nez de ce malade d'une façon assez complète pour qu'il fût impossible d'y découvrir des traces de maladie, et depuis lors, un point seulement de la cavité a présenté quelques indices douteux de récidive, sans que la santé générale du malade ait souffert. La récidive a été détruite au galvano-cautère, et comme il n'existe aucune infiltration des glandes de la région, et que la maladie ne s'est pas étendue hors du domaine du nez, bien qu'il se soit écoulé déjà sept mois, on a quelque raison de penser, sans en être cependant absolument certain, que la guérison pourra devenir complète. Les sarcomes, lorsqu'ils siègent dans des endroits d'où il est possible de les détacher, ont plus de chance de guérison que les carcinomes. Ont-ils au contraire pris naissance

dans la cavité du crâne ou dans l'orbite, le pronostic devient alors très grave. On a cependant mentionné des cas où la tumeur, se trouvant dans les cellules ethmoïdales, par conséquent en un endroit difficilement accessible et se présentant par un large pédicule, des cas, dis-je, où l'on réussit par une vigoureuse opération à obtenir un résultat favorable. Le cas de Hopmann en est un bel exemple, et comme il offre un grand intérêt, je me permettrai de rapporter, mot à mot, ce qui concerne la position de la tumeur et l'opération (1) :

« Le 10 février 1881, pendant l'anesthésie, on détachait le nez de droite à gauche, d'après la méthode de Demarquay et Bruns, et l'on constatait l'existence d'une atrophie des parties molles et des os, surtout de l'apophyse nasale droite, vers laquelle la tumeur bourgeonnait. Inutile d'ajouter que l'on n'essaya pas d'enlever tout le néoplasme, avec l'anse, car non seulement ce dernier n'était pas pédiculé, mais il sortait des cellules ethmoïdales, de la fente située entre le cornet moyen et l'ethmoïde et du canal nasal. Il fallut donc enlever avec l'anse et cautériser la tumeur morceau par morceau ; au-dessous d'elle

(1) « Am 10 Februar 1881 wurde unter Narcose mit der von *Demarquay* und *v. Bruns* angegebenen Schnittführung die Nase von rechts nach links zurückgeklappt, wobei eine atrophische Degeneration ihrer Weichtheile und Knochen, besonders des Processus nasalis d, in den die Geschwulst hineingewuchert war, sich herausstellte. Von einem Versuche, die Hauptmasse der Geschwulst in die Schneideschlinge zu fassen, konnte keine Rede sein, da sie keinen Stiel hatte, sondern aus den Siebbeinzellen, aus der Spalte zwischen Concha media und Os ethmoideum und aus dem Thränennasenkanal überall hervorwucherte. Stückweise mussten desshalb die weichen Massen abgeschnürt und abgeglüht werden, wobei auch mehrere haselnuss- bis pflaumengrosse Schleimpolypen an der mittleren Muschel zum Vorschein kamen und abgetragen wurden. Das Siebbein musste mit den die Zellen ausfüllenden Zapfen und Kolben der Neubildung grösstentheils bis zur Lamina papyracea ausgelœffelt werden, worauf noch der ausgedehnte Ursprungsbezirk der Geschwulst gründlich mit Chlorzink geätzt wurde. Die Blutung war sehr reichlich und wurde durch Einlegen von Verbandwatte zum Stehen gebracht. Die 10 Suturen welche die Nase wieder mit ihrer Unterlage befestigt hatten, konnten am 6. Tage entfernt werden. »

existaient des polypes muqueux dont la grosseur variait du volume d'une noisette à celui d'une prune, qui furent également enlevés. On dut encore réséquer avec la cuillère coupante la plus grande partie de l'ethmoïde jusqu'au niveau de la lame papyracée, envahie par le prolongement de la tumeur; puis l'on cautérisa le point d'implantation au chlorure de zinc. Il se fit une hémorragie, que l'on arrêta facilement avec des tampons d'ouate. Le sixième jour, on put enlever dix points de suture destinés à rattacher le nez aux parties sous-jacentes. »

Je dois ajouter en terminant, qu'en mars, avril, juin et à la fin de novembre 1881, il y eut des récidives qui, chaque fois, furent complètement détruites. La dernière fois la récidive était insignifiante, et, d'après une lettre, le malade était tout à fait bien. La tumeur avait les caractères d'un épithélioma, avec des éléments sarcomateux disséminés.

L'observation précédente montre que des récidives successives ne doivent pas détourner de nouveaux essais qui, à la fin, pourront être courronnés de succès. Mason dut opérer son malade trois fois, la tumeur s'étant reproduite avec rapidité, et ce n'est qu'après la troisième opération que toute récidive fut définitivement écartée.

En général, les sarcomes se généralisent plus rapidement que les carcinomes et, abandonnés à eux-mêmes, amènent plus promptement la mort.

Le traitement de cette maladie consiste en une extirpation aussi prompte et aussi complète que possible. Mon cas, rapporté précédemment, montre qu'on peut, avec les sarcomes à croissance rapide, obtenir des résultats favorables, par un traitement exclusivement chirurgical à l'intérieur du nez. Naturellement, le traitement varie suivant le siège des tumeurs. Parmi les moyens conduisant le mieux à un bon résultat, il faut avant tout citer l'emploi énergique du galvano-cautère, avec la cuillère tranchante. Les hémorragies sont très violentes pendant l'opération, mais sans danger, puisqu'on peut

toujours s'en rendre maître par un tamponnement sérieux.

Si la tumeur arrive à s'étendre aux organes voisins, il faut alors des opérations en dehors du nez, et il est quelquefois nécessaire, principalement pour se frayer une voie à la partie antéro-supérieure de la cavité nasale et aux cellules ethmoïdales, de détacher le nez d'un côté et de le rabattre, en joignant souvent à cette opération la résection de l'apophyse nasale du maxillaire supérieur et des os du nez. Je dirai seulement en passant que, dans ces tumeurs, il peut être question de résections complètes de la mâchoire supérieure jointes à de grandes opérations chirurgicales pour détruire complètement la tumeur. Le traitement à suivre après ces opérations consiste en légers lavements antiseptiques de la cavité nasale avec des insufflations iodoformiques et le tamponnement des narines.

Outre les deux formes de tumeurs malignes du nez, déjà citées, je parlerai, pour finir, d'une troisième : *les polypes lupeux du nez*.

Ainsi que je l'ai fait observer au commencement de cet article, il m'a été impossible de trouver, dans les écrits qui sont en ma disposition, des descriptions autres que celles qui dépeignent le lupus de l'intérieur du nez comme une affection s'étendant en surface qui, dans certains cas, s'ulcère (lupus excedens), d'autres fois s'atrophie (lupus non excedens). Nulle part je n'ai vu qu'il fût question d'individus, dont la cavité nasale ait été obstruée par des tumeurs pédiculées, flottant dans l'intérieur des fosses nasales, pouvant sortir au dehors, tumeurs provenant de la muqueuse du cornet inférieur, et présentant à l'examen microscopique les caractères du tissu lupeux.

J'ai observé deux cas de ce genre, je vais les exposer ici.

Obs. I. — Sœren S..., vingt-huit ans, entra en traitement, le 7 juillet 1884, à ma clinique. De son passé, je dirai seule-

mont, qu'à partir du 15 mai 1881, il avait été traité à l'Hôpital de la Commune (service dermatologique), pour un lupus de la face, qui avait amené quelques difformités du nez et des parties avoisinantes de la face. Comme il se plaignait d'obstruction de la narine gauche, il fut adressé à ma clinique. Le malade était robuste; rien à l'auscultation. Le côté droit du nez, en dehors d'une rhinite hypertrophique, peu prononcée, ne présentait rien d'anormal. Dans la narine gauche, rien à noter à la partie antérieure; mais en arrière, au voisinage de l'extrémité postérieure du cornet inférieur, la fosse nasale était remplie de polypes blanchâtres pédiculés et qui dans l'expiration et l'inspiration forcées, flottaient librement dans la cavité nasale. La sonde démontra qu'ils se mouvaient facilement dans la cavité nasale; ils venaient du cornet inférieur. A la rhinoscopie postérieure on aperçoit les fosses nasales libres ; mais à gauche, on voit les polypes en question remplissant complètement la narine et provenant du cornet inférieur, un peu en avant de l'extrémité postérieure de ce dernier. La muqueuse, dans les points les plus rapprochés du point d'insertion des polypes, est transformée en tissu lupeux. Les tumeurs étaient de consistance solide; elles étaient très friables, et on pouvait avec la sonde en briser des fragments. Elles étaient assez vasculaires. Elles furent enlevées à l'aide de l'anse froide, du galvano-cautère et du nitrate d'argent. L'examen microscopique, pratiqué par le Dr Rusmussen, les montra composées d'un tissu cellulaire mou, au milieu duquel se trouvaient de nombreux nodules caractéristiques de tissu lupeux.

Obs. II. — Inger-Sophie J..., trente-cinq ans, 30 juillet 1884. Elle s'est toujours bien portée; étant enfant, pas de traces de syphilis ni de scrofule. Dans sa seizième année, sa narine droite s'obstrua peu à peu, et, peu de temps après, elle ressentait des douleurs marquées, surtout à la pression sur les ailes du nez.

La malade paraît se bien porter. Rien à l'ausculation. Le nez a sa forme normale. La respiration s'effectue seulement

par la bouche; la voix est nasillarde. A l'examen rhinoscopique, cette obstruction du nez paraît occasionnée par des masses croûteuses tuméfiées ayant une surface irrégulièrement granulée et lobée, qui part du cercle d'une perforation de la partie inférieure antérieure de la cloison. La tumeur était en partie couverte d'une grande quantité de sécrétion sèche et croûteuse qui, une fois enlevée à l'aide de la pince et de lavages à l'eau tiède, laissa voir que l'affection était principalement limitée à la cloison nasale et seulement à la partie cartilagineuse de cette dernière ; le reste de la cloison, aussi bien que les parois latérales du nez, étaient tout à fait saines; seulement, à la partie moyenne du cornet moyen droit, on voyait une tumeur pédiculée, limitée, de la grosseur d'une noisette. Aussi bien à l'œil nu qu'au microscope, la tumeur avait les caractères du tissu lupeux. Le traitement consista dans le raclage de la tumeur avec la cuillère tranchante, et la destruction par le galvano-cautère, après quoi guérison complète, naturellement avec une défectuosité de la partie cartilagineuse de la cloison.

Si l'on observe ces deux cas de plus près, on ne peut avoir d'hésitation sur la nature des tumeurs. Dans les deux cas on se trouvait en présence d'un lupus caractéristique de la partie cartilagineuse de la cloison et de l'extérieur du nez, et dans les deux cas, aussi, l'examen microscopique montra que les polypes avaient les caractères du lupus.

Quant au point d'insertion, il se trouvait dans l'un des cas, le cornet moyen droit; dans l'autre le cornet inférieur gauche, avait été le point de départ des polypes. Chez le premier malade, les tumeurs étaient multiples; plusieurs polypes avaient pris naissance à l'extrémité postérieure du cornet inférieur gauche. Dans ce cas, les polypes croissaient sur une muqueuse dégénérée en lupus sur une assez grande étendue; dans le second, le point d'insertion des polypes se trouvait dans une partie tout à fait libre et saine de la cavité nasale, et les polypes croissaient sur une muqueuse d'ailleurs saine.

Par leur coloration et toute leur configuration extérieure, ils diffèrent beaucoup des polypes muqueux ordinaires, car ils possèdent une surface irrégulièrement granulée et sont blanchâtres, non transparents et de consistance solide. Ils diffèrent des tumeurs fibreuses en ce qu'ils sont très friables et peuvent facilement être brisés par la sonde, ce qui peut déterminer des hémorragies.

Quant à leur structure histologique, ils se montrent complètement, ou en grande partie, composés de tissu lupeux, c'est-à-dire un tissu formé de granulations qui, traitées par le picrocarmin, présentent les caractères des tubercules, les nodules prenaient une teinte jaune, le tissu internodulaire, au contraire, une teinte rouge.

Si l'on considère ces tumeurs à un point de vue anatomo-pathologique moderne, on doit les regarder comme une expression de la tuberculose du nez.

Tous les auteurs récents sont d'accord sur ce point, que le lupus n'est qu'une forme particulière de *tuberculose locale*, et l'opinion de Rindfleisch (1), que le lupus était un *adénome*, est aujourd'hui abandonnée. Friedländer (2). est le premier qui ait supposé la nature tuberculeuse du lupus, et il appuyait sa supposition en partie sur la composition des nodules, formés d'éléments épithéliaux et de cellules géantes, en partie sur les réactions du tissu lupeux traité par le picrocarmin.

On ne fut certain de l'identité du lupus et de la tuberculose qu'après une suite de recherches expérimentales dans les deux ou trois dernières années, car l'on réussit en partie à montrer des bacilles tuberculeux dans les tissus lupeux, en partie à amener par inoculation du tissu lupeux, une tuberculose générale. Sans vouloir entrer dans de plus grands détails sur les ouvrages particuliers, cela n'entrant pas dans le cadre de cet article,

(1) *Lehrbuch der pathologischen Gewebelehre*, 1878, p. 278.
(2) *Berliner klinische Wochenschrift*, 1874.

je citerai seulement les recherches expérimentales qui s'y rapportent.

R. Koch (1) trouva des bacilles tuberculeux dans le tissu lupeux et produisit la tuberculose générale par inoculation de ce tissu.

H. Pagenstecher et A. Pfeiffer (2) trouvèrent des bacilles tuberculeux dans des nodules lupeux de la conjonctivite. Inoculation dans la chambre intérieure chez des lapins; après cinq ou six semaines, tuberculose typique de l'iris; constatation de bacilles tuberculeux dans des parties excisée de l'iris.

Cornil et Leloir (3) amenèrent une tuberculose généralisée chez des animaux par inoculation de tissu lupeux.

Doutrelepont (4) trouva des bacilles lupeux dans vingt-cinq cas.

Au Congrès international de médecine de Copenhague, en 1884, M. Leloir se prononça aussi pour la nature tuberculeuse du lupus.

Considérant comme un fait acquis la nature tuberculeuse du lupus, je trouve qu'il existe, au point de vue anatomo-pathologique, une ressemblance frappante entre les polypes lupeux, rapportés ici, et les masses polypeuses, décrites dans ces dernières années, masses observées dans le larynx et la trachée, où elles revêtaient le caractère de vrais polypes (5). Au point de vue clinique, il existe le même rapport entre les polypes lupeux nasaux et l'ulcération lupeuse du nez, qu'entre les granulations lupeuses du larynx et de la trachée et les ulcérations tuberculeuses qui se produisent dans ces organes.

(1) Mittheilungen aus dem kaiserlichen Gesundheitsamte, *Die Aetiologie der Tuberculose*, B. 1884, p. 38.

(2) Lupus oder tuberculose, *Berliner klinische Wochenschrift*, 1883, n° 19.

(3) Recherches expérimentales et histologiques sur la nature du lupus. *Archives de physiologie normale et pathologique*, n° 3, 1884.

(4) Die Etiologie des lupus vulgaris. *Vierteljahrsschrift für Dermatologie und Syfilis*, 1884.

(5) Voir *Revue* n° 8, p. 422.

Pour ce qui est du diagnostic, il ne pouvait guère y avoir de difficultés pour les deux cas précédents. La coïncidence des tumeurs et du lupus développé sur la peau et la cloison rendait l'hésitation impossible, et si l'on avait pu concevoir quelques doutes, l'examen microscopique les eût bientôt fait disparaître. L'examen microscopique est nécessaire pour qu'on puisse arriver à un diagnostic exact; tout polype, en effet, coïncidant avec des destructions de la cloison et de l'extérieur du nez dues au lupus, n'est pas nécessairement de nature lupeuse; c'est ce que j'ai eu occasion d'observer chez une jeune fille qui était affectée de larges ulcérations lupeuses, et présentait, en même temps, un mixosarcome provenant du cornet inférieur. On doit se souvenir, en outre, que le lupus peut paraître né primitivement dans la muqueuse du nez, ce que Virchow a fait remarquer et dont j'ai vu moi-même un exemple. Il n'est pas impossible qu'une telle affection du lupus primitif se présente sous la forme de polypes lupeux, mais dans les cas de ce genre, le diagnostic sera très difficile, ou peut-être même impossible tant qu'un examen microscopique ne sera pas venu éclairer sur la nature de la tumeur. Pour ce qui concerne les bacilles tuberculeux dans ces tumeurs au point de vue du diagnostic, je ferai remarquer ici que la constatation seule de leur présence enlève tout doute sur la nature de la tumeur. L'expérience montre cependant que cette constatation de bacilles tuberculeux dans le tissu lupeux est très difficile, car ils se manifestent généralement en petit nombre, et Koch dit à ce sujet (1) :

« Les bacilles tuberculeux sont tellement disséminés dans les tissus qui composent le lupus, que, dans deux cas, on ne put les trouver une fois après avoir fait vingt-sept coupes et une autre fois quarante-trois. »

(1) Die Tuberkelbacillen sind im Lupusgewebe so vereinzelt, dass in zwei Fällen die Bacillen erst dann gefunden wurden, als das eine Mal 27 und das andre Mal 43 Schnitte durchgesucht waren.

Le traitement a consisté dans l'enlèvement des polypes à l'aide de l'anse froide et de la cuillère tranchante, suivi de cautérisations au galvano-cautère et du nitrate d'argent, pour détruire les parties environnantes et le pédicule. Dans les deux cas, le résultat a été satisfaisant. Il va sans dire que les malades doivent rester en observation pendant les premières années : l'affection lupeuse, même lorsqu'elle paraît avoir complètement disparu, a de grandes tendances à récidiver.

Doutrelepont (1) rapporte un cas de lupus de la face chez une jeune fille de dix-huit ans, dans lequel il se déclara, après un traitement avec la cuillère tranchante, une méningite tuberculeuse qui tua la malade. Alors même que l'on admettrait avec Doutrelepont (2) qu'il se développe souvent une tuberculose miliaire aiguë, après une opération sanglante sur le lupus, conformément à ce qu'on observe quelquefois après la résection d'une articulation tuberculeuse, il n'en est pas moins vrai qu'on possède dans la cuillère tranchante un moyen très efficace pour enlever promptement et sûrement le tissu lupeux, et que ce fait, qu'il peut, mais seulement très rarement, se produire une tuberculose aiguë après l'emploi de la cuillère, ne doit détourner personne de s'en servir.

Le seul moyen qui puisse remplacer la cuillère tranchante, est le galvano-cautère, principalement dans le lupus cutané et après le traitement du lupus du nez.

J'ai coutume d'opérer le lupus du nez pendant la chloroformisation, mais quelquefois, me rendant aux désirs des malades, j'ai opéré sans anesthésie. Dans ce cas, j'emploie exclusivement le galvano-cautère et fais rougir à blanc le fil de platine. La brûlure est ainsi rendue indolore, il se produit naturellement un peu d'hémorragie, toujours sans importance.

(1) *Loc. cit.*, p. 38.
(2) *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1885, nº 7.

DE LA SYPHILIS DE L'OREILLE (*suite*)

par J. Baratoux (1).

Conduit auditif externe. — Plus importantes sont les syphilides du conduit, car elles peuvent déterminer consécutivement des lésions de l'ouïe par propagation à l'oreille moyenne.

Ces syphilides se montrent fréquemment d'une façon insidieuse sous forme de macules ou de papules analogues à celles que nous avons décrites précédemment; elles siègent sur les diverses parties et même sur son point de réunion avec le bord de la circonférence du tympan (Bruncher). On peut encore les voir sous forme d'érosions occupant parfois le méat, mais plus souvent le conduit, dans ses parties inférieures, comme nous l'avons maintes fois observé.

Ces syphilides ne sont autre chose qu'une érosion superficielle du derme qui paraît alors rouge et recouvert d'une légère sécrétion jaunâtre, quelquefois d'un enduit grisâtre. Souvent petites, arrondies ou ovalaires, au nombre de une à trois, ces érosions sont indolentes et n'occasionnent aucun prurit. Sous l'influence de la sécrétion exagérée des glandes du conduit, de la malpropreté (chauffeurs, ramoneurs), d'une otorrhée ancienne, de la chaleur, l'érosion ne tarde pas à déterminer l'inflammation de toute la paroi inférieure du conduit qui s'étend à son tour au reste du canal. Le conduit est alors rétréci d'une façon uniforme, de sorte que la lumière paraît diminuée de moitié. La peau est ulcérée, elle laisse voir une surface rougeâtre, fissurée par places et recouverte d'une sécrétion liquide; la couleur jaune clair, transparente d'abord, peut devenir trouble, puis épaisse et purulente au bout de quelque temps. Cette sécrétion est de nature contagieuse. Dès qu'elle commence à devenir épaisse, on

(1) Voir *Revue* no 8, août 1885.

aperçoit un enduit blanc, grisâtre, analogue à celui des plaques muqueuses, adhérant aux parois du conduit.

La surface externe du tympan qui était intacte au début est envahie à son tour, et prend un aspect rouge et humide. Cette inflammation de la membrane peut amener tous les accidents ordinaires que l'on rencontre dans ces cas (perforation, destruction de la membrane, etc.).

C'est à cette forme que la plupart des auteurs ont donné le nom d'otite externe syphilitique, mais dans leurs descriptions ils passent sous silence l'élément principal, la syphilide, qui a déterminé l'inflammation de tout le conduit, comme nous avons pu le constater à diverses reprises, notamment dans les cas suivants :

Obs. I. — B..., vingt-cinq ans, chancre il y a un an; depuis six mois démangeaisons dans les conduits auditifs. Pas de surdité.

Il y a trois mois, écoulement très clair des deux oreilles, principalement de la droite; depuis un mois, écoulement purulent.

Actuellement (29 juin 1882), rétrécissement du conduit dû au gonflement des parois recouvertes de pus et de débris épithéliaux; cachant le tympan. Injection détersive. La peau du conduit est rouge, ulcérée en un point de sa paroi inférieure. Tympan intact, mais rougeâtre.

Insufflation d'acide borique chaque jour, et guérison au bout d'une semaine.

Obs. II. — B..., vingt-cinq ans, nous consulte le 9 juin 1883. — Otorrhée double, il y a quatre ans. Actuellement bourdonnements. Chancre de la lèvre inférieure; depuis trois semaines, ganglions sous-maxillaires. Inflammation chronique des trompes et des caisses, pas de perforation de la membrane tympanique, cicatrices.

Le 14 août, chancre guéri depuis un mois. Plaques muqueuses des lèvres; écoulement séro-purulent des oreilles depuis quinze jours. Acuité auditive pour la montre : 0,25 à droite; 0,40 à gauche. Perception crânienne bonne.

Les conduits sont remplis de sérosité trouble, baignant les parois rouges et recouvertes de syphilides érosives formant pour ainsi dire une nappe muqueuse dont la surface offre l'aspect d'un blanc mat et laiteux.

Nettoyage du conduit et insufflation d'acide borique; quatre jours après, guérison; il ne fut fait que deux insufflations d'acide borique à deux jours d'intervalle. Le malade fut soumis en même temps aux pilules de protoiodure.

Obs. III. — G. Jean, vingt-cinq ans, garçon laitier, sorti le 7 juillet 1883, du service de M. Fournier, nous est amené par les Drs Brunschwig et Jégu pour lui examiner la région naso-pharyngienne.

Il y a deux mois, ce malade a eu un chancre du fourreau de la verge. Ce chancre s'accompagnait d'adénopathie de l'aine gauche. Un mois après l'accident primitif, croûtes dans les cheveux et roséole sur tout le corps. Dans les premiers jours de juin, mal de gorge qui a rendu la déglutition difficile. Bourdonnements, bruits de coquillage et diminution de l'ouïe. Céphalalgie nocturne.

A son entrée à l'hôpital, 23 juin, il avait des plaques muqueuses sur les amygdales et la langue. Bourdonnements (sifflets et bruits de cloche). Devenu complètement sourd en huit jours, il recouvre l'ouïe, en partie, à la suite d'un cathétérisme, mais cette amélioration n'est que passagère.

Le 3 juillet, il est pris de douleurs vives dans l'oreille gauche et deux jours après écoulement purulent.

Aujourd'hui : acuité auditive à la montre nulle à gauche, au contact à droite. Perception crânienne nulle. Le diapason placé sur le crâne est entendu également, les oreilles ouvertes ou fermées; cependant il est mieux perçu de l'oreille gauche.

Nous constatons que le tympan droit est rouge cuivre, surtout dans sa moitié inférieure; le marteau est rétracté par le triangle lumineux. Rien dans le conduit.

A gauche : gonflement du conduit qui rétrécit sa lumière; rougeur de la partie antérieure avec syphilide ulcéreuse à

deux millimètres du tympan. Le tympan est perforé dans son quart antéro-inférieur. Ecoulement purulent.

Dans le pharynx : plaques muqueuses au niveau de l'orifice de la trompe gauche avec gonflement considérable de la muqueuse qui obstrue l'ouverture de ce canal.

Injections détersives et insufflations d'acide borique en poudre. — Nous n'avons pas revu ce malade.

Nous voyons ainsi par ces observations que les caractères de cette affection, sa marche et sa rapide guérison, ne sont pas ceux de l'otite externe.

Outre ces syphilides érosives, on rencontre assez fréquemment dans les conduit une autre forme de syphilides auxquelles les auteurs ont donné le nom de papulo-érosives.

La croûte de ces papules recouvrant les cellules de régression, tombe en laissant à nu une surface rougeâtre qui ne tarde pas à sécréter un liquide sanieux. Ces petites tumeurs peuvent se réunir pour former une masse rougeâtre, fissurée, qui donne naissance à un liquide abondant séro-purulent. Le conduit est alors rétréci, il est difficile de voir ses parties profondes.

Le tympan est presque toujours atteint. Qu'elles soient isolées ou réunies de manière à former une nappe occupant tout le canal externe, si on les abandonne à elles-mêmes, ces syphilides ne tardent pas à s'hypertrophier et à donner naissance à de véritables tumeurs qu'on a prises quelquefois pour des polypes. En effet, lorsqu'elles sont isolées, elles sont sessiles, rouges, aplaties et bourgeonnantes ; elles saignent facilement ; quand elles sont réunies, ce qui est le cas habituel, elles forment une masse saillante à surface rosée, inégale, fendillée et excoriée en certains points. Elles sont recouvertes d'une sécrétion fétide, séro-purulente, occupent presque toujours la partie inférieure du conduit et gagnent ensuite les parois voisines ou le fond du conduit pour atteindre le tympan qui s'enflamme et se perfore (Triquet, Knapp).

D'après M. Besnier, les condylomes apparaissent au début de l'affection ; ils sont contemporains du chancre.

Pour Stöhr, ils siégeraient principalement dans la profondeur du conduit, rarement à l'entrée. Ceci n'est pas exact, comme nous avons pu nous en assurer à diverses reprises. Au reste, de Trœltsch ne partage pas les idées de Stöhr ; il admet que les condylomes se montrent généralement au méat. En effet, c'est dans la partie cartilagineuse qu'ils siègent habituellement. A leur niveau, la lumière du conduit est naturellement diminuée ; il n'est pas rare de voir ces syphilides occuper tout le conduit de manière à l'obstruer complètement (Grüber, Fournier).

On peut voir au musée de l'hôpital Saint-Louis une pièce de la collection particulière de M. Fournier (n° 197) qui montre l'hypertrophie des papules telle que le méat est caché. Cette pièce a été recueillie sur un malade qui avait le conduit auditif droit partiellement obstrué par les papules végétantes et le gauche absolument oblitéré par les papules hypertrophiques qui formaient une sorte de champignon fongueux, rougeâtre, érosif et baigné de pus.

Knapp a aussi observé un cas de condylomes des conduits qui débutèrent par quelques taches rouges pour passer ensuite à l'état de papules et de condylomes et déterminèrent une otite moyenne purulente aiguë.

Les malades que nous avons eu l'occasion de voir, se plaignaient d'éprouver de la tension et du gonflement du conduit.

Quoique les condylomes ne déterminent généralement de la douleur que par les mouvements du pavillon et par ceux du maxillaire, il est des cas où ils produisent de violentes douleurs (Wylde, Stöhr), surtout lorsqu'il y a des rhagades.

Les patients accusent encore des bourdonnements et de la surdité qui disparaissent avec l'affection, à moins que celle-ci ne détermine des lésions du tympan et de l'oreille moyenne.

Le pourtour de l'oreille, ainsi que les ganglions, sont rarement inflammés.

Avec le traitement, les condylomes rétrogradent sans laisser aucune cicatrice après eux. Cependant, quelques auteurs ont signalé l'existence d'une tache pigmentaire ou d'une cicatrice amenant un rétrécissement annulaire du conduit osseux (Stöhr).

Les condylomes ne se rencontrent que dans les syphilis.

III. — Accidents tertiaires.

Les accidents tertiaires de l'oreille externe, quoique plus rares que les lésions secondaires, sont cependant connus depuis longtemps. Entrevus par certains auteurs, ils ont été signalés d'une façon plus spéciale par Nayler, qui remarqua un tubercule du côté du pavillon à la suite de syphilis vaccinale. Bientôt après, Waden, quoique n'ayant jamais rencontré de lésions tertiaires, émettait l'opinion qu'elles pouvaient exister aussi bien sur les pavillons que sur l'œil. MM. Lancereaux et Gruber ne tardaient pas à citer plusieurs cas de gommes du lobule et du conduit, et M. le professeur Fournier en parlait dans ses leçons cliniques. Plus tard, Field observait une malade dont les 2/3 du pavillon avaient été détruits par une ulcération spécifique; puis, Sexton rapportait des cas analogues. Dans l'intervalle, M. Desprès disait que les gommes de l'oreille étaient rares, Buck et Ravogli en citaient quelques cas, Hessler publiait une observation d'ulcération du pavillon avec nécrose du cartilage consécutive à une gomme; enfin, Pollack voyait une gomme de la région mastoïdienne coïncider avec une ulcération syphilitique du pavillon.

Un certain nombre d'auteurs ont aussi rangé les exostoses du conduit parmi les accidents syphilitiques, mais actuellement on ne semble plus en faire un signe pathognomonique de la syphilis, comme le croyait Triquet.

Les syphilides tertiaires de l'oreille externe nous ont toujours paru revêtir les caractères généraux des acci-

dents analogues de la peau, c'est-à-dire qu'elles sont circonscrites et ulcéreuses. Celles qu'on y rencontre habituellement sont les syphilides gommeuses et une forme spéciale de syphilides impétigineuses. Cette dernière, appelée *impetigo rodens*, est généralement un signe de syphilis maligne. Malgré que certains auteurs en aient fait l'apanage des tempéraments lymphatiques ou des individus débilités par l'alcool ou les excès de toutes sortes, ces syphilides se rencontrent également chez les personnes bien constituées et également non entachées de diathèses.

L'impétigo débute par une pustule entourée d'une auréole inflammatoire d'un rouge vineux, qui, en se rompant, laisse voir une ulcération profonde, arrondie à bords taillés à pic et à fond gris jaunâtre avec suppuration abondante et répandant une odeur désagréable. La croûte qui surmonte l'ulcération est épaisse et brunâtre. L'épiderme de l'auréole entourant la croûte est soulevée, par la sérosité purulente qui se concrète bientôt pour fusionner avec la croûte primitive. Plusieurs de ces syphilides peuvent se réunir pour former une nappe d'ulcération serpigineuse plus ou moins étendue qui arrive dans certains cas, à détruire même une partie de la face ou du cuir chevelu. Lorsque la cicatrisation se fait, la croûte tombe pour laisser à nu un fond bourgeonnant. La cicatrice, de couleur brun foncé au début, se décolore ensuite progressivement. Dans certains cas, la cicatrisation se fait sous la croûte qui tombe quand la cicatrice est presque faite.

Les diverses parties du pavillon peuvent être atteintes par cette ulcération qui gagne le conduit et parfois même le tympan, ainsi que la caisse et la région mastoïdienne. Il n'est pas alors rare de voir la destruction du lobule, du tragus, de la conque, etc. Aussi, plus tard, ces malades peuvent-ils présenter les déformations considérables du pavillon et du conduit qui est plus ou moins rétréci par des brides cicatricielles.

Un accident plus fréquent que le précédent est la *gomme* ou syphilide tuberculeuse. C'est une tumeur pleine et circonscrite qui parfois s'enlève pour éliminer une sorte de bourbillon blanchâtre, tandis que dans d'autres cas, elle reste sèche, se résout et disparaît sans évacuer au dehors son produit morbide. Cette dernière forme a reçu le nom de *syphilide gommeuse sèche, atrophique* ou *résolutive,* tandis que l'autre s'appelle *syphilide gommeuse ulcéreuse.*

Les gommes sèches sont de petites tumeurs solides, fermes, formant une saillie arrondie sous la peau. Leur volume, fort variable en général, n'atteint cependant à l'oreille que la grosseur d'un petit pois de coloration rouge sombre; elles peuvent se rencontrer au nombre d'une à dix, même quinze, tant dans le conduit que sur le pavillon ou dans le voisinage de ce dernier.

Elles ne viennent généralement pas d'une seule poussée, mais par poussées successives; elles peuvent se grouper de manière à former des arcs de cercle et même des cercles; et il n'est pas rare de les voir persister pendant plusieurs mois. Lorsqu'elles vont disparaître, le tubercule s'affaisse, devient mou, la peau se déprime et à la place de la tumeur, on voit une cicatrice indélébile, pigmentaire d'abord, blanchâtre plus tard.

Bumstead et Taylor signalent deux cas dans lesquels ces syphilides tuberculeuses avaient complètement détruit les lobules, quoique jamais elles ne se fussent ulcérées. Ces deux auteurs pensent que l'atrophie de ces éléments résulte d'un changement qui se produit sur les cellules normales par la présence de cellules d'infiltration. En tous cas, ces cellules régressent et sont résorbées en même temps.

Les syphilides tuberculeuses récidivent fréquemment. Elles peuvent aussi se généraliser et déformer les oreilles, comme dans le cas de Cazenave, qui a vu l'oreille s'hypertrophier au point de présenter trois fois son volume normal.

Nous en avons vu qui obstruaient le conduit au point de faire croire soit à des exostoses ou même à une imperforation du conduit; mais par un examen attentif, on parvenait à passer un stylet fin entre ces gommes qu'un traitement approprié ne tarda pas à faire disparaître, sans laisser après elles autre chose qu'une coloration foncée.

On ne peut guère confondre ces dernières qu'avec des exostoses. Nous n'avons jamais rencontré d'otorrhée dans ces cas; le malade présentait seulement une surdité plus ou moins prononcée, suivant la fermeture plus ou moins complète du conduit quand les gommes se rapprochaient par leur sommet, ce qui était aussi cause parfois d'une accumulation épithéliale en arrière de ces tumeurs. Dans les autres cas nous n'avons observé aucun signe qui pût dévoiler leur présence. C'est en examinant indistinctement les oreilles des syphilitiques que nous avons pu trouver ces syphilides du conduit, habituellement ignorées du malade. Chez tous les patients, la perception crânienne ne paraissait avoir subi aucune altération.

Les syphilides gommeuses ulcéreuses paraissent se rencontrer plus fréquemment soit sur le pavillon, soit dans le conduit externe.

Semblables au début aux gommes atrophiques, c'est-à-dire, solides et tendues, elles se ramollissent bientôt pour s'ulcérer à leur sommet qui donne passage à un liquide gris-jaunâtre, purulent, mélangé à des détritus organiques semblables à un bourbillon dissocié; puis la perforation s'agrandit pour former une ulcération profonde attaquant le derme dans toute son épaisseur et atteignant ainsi le cartilage ou l'os. Les bords de cette ulcération sont taillés à l'emporte-pièce, son fond est lardacé, grisâtre ou gris-jaunâtre et recouvert d'une suppuration abondante. Elle se recouvre d'une couche compacte, de couleur jaune sale ou brun foncé. Autour d'elle, la peau reste normale. Quelquefois aussi, elle s'hypertrophie au point de déterminer des déformations

étonnantes. C'est ainsi que le pavillon devient dur et rouge, s'épaissit et s'œdématie au point que ses saillies et ses dépressions n'existent plus.. M. Fournier a observé une syphilitique qui avait ainsi acquis une hypertrophie du pavillon. Celui-ci avait doublé de volume en conservant toutefois dans ses perforations énormes l'aspect et la physionnomie d'une oreille normale. Chez une autre malade, le pavillon s'était déroulé et aplati complètement : ce n'était plus une oreille, c'était un lambeau de chair informe et plat, semblable à une saucisse.

Les gommes se montrent généralement en certain nombre sur le pavillon ou dans les conduits. Il n'est pas rare d'en rencontrer au niveau de la coque, du tragus, de la racine de l'hélix, ainsi qu'à l'entrée du conduit ou sur ses parois supérieure et postérieure. Elles peuvent même s'étendre jusqu'au tympan, mais c'est surtout dans les parties cartilagineuses du conduit qu'elles paraissent siéger de préférence. Ces germes peuvent déterminer des crénelures irrégulières et plus ou moins profondes du pavillon, de même qu'une destruction d'une partie des parois du conduit ; elles amènent même parfois de la périostite et la nécrose des parties osseuses sous-jacentes.

Ces gommes du conduit s'accompagnent d'une suppuration assez abondante qui pourrait faire croire à l'existence d'une otite suppurée, si on ne pratiquait un examen minutieux de l'oreille.

Cette suppuration fétide s'accompagne parfois de douleurs assez vives, quand les parties sous-jacentes s'enflamment. La surdité est peu ou pas prononcée, à moins que les gommes nombreuses ne produisent une suppuration telle qu'elle remplisse le conduit ; on peut alors observer des lésions du tympan comme nous le verrons plus tard.

Lorsque la cicatrisation se fait, les croûtes tombent, l'auréole diminue, le fond de la plaie paraît plus ou moins grisâtre et ses bords s'affaissent. La cicatrice d'abord

brune, puis rouge, devient blanchâtre et finit par prendre une teinte d'un blanc mat; elle reste déprimée, de sorte qu'on peut la reconnaître assez facilement.

Il arrive parfois que la cicatrisation s'arrête, l'ulcération se creuse et s'étend de nouveau.

Comme les lésions similaires de la peau, celles de l'oreille sont sujettes à l'inflammation, à l'érysipèle, à la gangrène et au phagédénisme. Dans ce dernier cas, l'oreille peut être perforée ou détruite dans une plus ou moins grande étendue.

Le traitement de ces accidents étant le même que celui des lésions semblables qui existent sur le reste de la peau, nous dirons seulement que le traitement mixte interne joint à un pansement occlusif au sparadrap de Vigo nous a semblé produire le meilleur résultat. Dans quelques cas, nous avons introduit dans ces tumeurs une pointe de galvano-cautère et il nous a paru que la résolution de la gomme se faisait alors plus rapidement. Lorsque les gommes sont ulcérées, il est bon de les traiter avec une solution antiseptique (a. borique, sublimé corrosif) et les toucher avec de la teinture d'iode ou avec le galvanocautère si elles bourgeonnent trop rapidement. Il faut aussi avoir soin d'introduire une mèche de coton dans le conduit lorsqu'il existe des gommes dans cette partie, car au moment de la cicatrisation, un rétrécissement de conduit pourrait se produire, rétrécissement dû à des brides cicatricielles ou à des soudures entre les tumeurs voisines. *(A suivre.)*

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX.

Calcul enlevé d'une amygdale (*Calculus removed from one of the Tonsils*), par le Dr Nilson.

A l'Académie de Médecine d'Irlande, le Dr Nilson présente un calcul retiré de l'amygdale d'un malade. Ce dernier avait

l'habitude de chanter et ressentait souvent une sensation de gêne à la gorge. Les deux amygdales étaient considérablement hypertrophiées. Ayant aperçu sur l'une d'elles un point blanchâtre, l'auteur y porta la sonde et éprouva la sensation d'un corps dur sous l'instrument. N'ayant pu l'enlever avec les pinces il l'énucléa avec les doigts; la plus grande partie du calcul, qui était très volumineux, était située derrière le voile du palais. Une hémorrhagie considérable suivit l'extraction du corps étranger. Le calcul ressemblait au tartre qui recouvre les dents. (*The Dublin Journ. of med. Sc.*, janv. 1885.) J. Ch.

Pharyngite scrofuleuse. Cloisonnement et oblitération absolue de l'orifice naso-pharyngien par des brides cicatricielles, par le Dr Cadier.

Il s'agit d'une jeune fille de vingt ans ayant souffert à l'âge de quatre ans de maux de gorge. Depuis cette époque, elle ne pouvait plus respirer par le nez; la voix était normale, il n'existait aucun trouble de la déglutition.

A l'examen du pharynx, tout le voile du palais fait défaut; il est remplacé par un tissu cicatriciel ayant la forme d'une ogive et soudé à la paroi postérieure du pharynx. A ce niveau, existent quelques traînées de cicatrices blanchâtres et au niveau de la partie moyenne et supérieure existe une sorte de saillie verticale dont les bords sont grisâtres; la sonde, placée à ce niveau, provoque des nausées, le reste du pharynx, au contraire, est à peu près insensible. Il n'existe aucune communication entre le pharynx et les arrière-fosses nasales. L'examen rhinoscopique est impossible à cause du gonflement de la muqueuse des cornets.

L'auteur pense qu'il s'agit ici d'une pharyngite scrofuleuse, mais le diagnostic de l'affection ne nous paraît pas établi d'une manière bien certaine, surtout en ce qui concerne la possibilité d'une lésion spécifique. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, n° 1, mars 1885.) Dr L. L.

Observation d'abcès latéro-rétro-pharyngien, par le Dr Plateau.

Le malade, âgé de soixante ans, après avoir eu froid, fut atteint de douleurs, dureté et écoulement de l'oreille gauche. Deux mois plus tard il éprouvait des douleurs intermittentes du côté droit. A l'examen on constata l'existence d'une otite suppurée du côté gauche, et à droite aucun signe pouvant expliquer les douleurs éprouvées par le malade. Deux autres mois après survint un empâtement au niveau de l'apophyse mastoïde droite, et une incision profonde faite au niveau de la région rétro-parotidienne, donnait issue à une petite quantité de pus. En lavant la plaie, le malade éprouve des douleurs au niveau de l'oreille gauche. Le stylet se dirige vers la paroi latérale du pharynx. Après cinq semaines de traitement on découvrit que l'injection faite dans la plaie du côté droit, sortait en partie par l'oreille gauche, sans que le liquide tombât dans le pharynx. Un peu plus tard, un point du pharynx se sphacéla, et le liquide injecté, coloré avec de l'aniline, venait sourdre par la plaie pharyngienne et par l'oreille gauche.

L'auteur suppose que la lésion primitive occupait la base du crâne près de l'os pétreux, mais il fait remarquer quelle route bizarre a suivie le pus pour se faire jour à l'extérieur. (*Soc. méd. de l'Élysée*, 13 avril, *Journ. de méd. de Paris*, n° 3, 19 juillet 1885.) Dr L. L.

NEZ.

Contribution à l'étude des polypes fibreux du sinus maxillaire supérieur, par le Dr P. Koch.

Il s'agit d'une femme de vingt-un ans ayant eu, deux ans auparavant, à la canine gauche, une petite tumeur enlevée deux ans après son apparition avec des ciseaux courbes. Deux ans plus tard, la tumeur apparaissait de nouveau et augmentait de volume, au point que la joue gauche faisait une saillie notable, que la cloison du nez était déviée vers la droite, et qu'il existait même un peu d'exophtalmie de l'œil gauche. On pensa qu'il s'agissait d'un polype fibreux de l'antre d'Hygmore,

A l'opération qui fut faite d'après la méthode de Nélaton, la paroi antérieure du sinus maxillaire très amincie fut réséquée et l'on extirpa la tumeur, ayant environ le volume d'un œuf, et qui avait usé la paroi postérieure des sinus, à laquelle elle adhérait. Cette partie fut enlevée avec le néoplasme et les autres points d'implantation furent cautérisés au thermocautère. L'incision cutanée guérit par première intention, le pus s'écoulait par l'orifice faite au tissu osseux au niveau de la canine. Depuis cette opération (quatre ans), il n'y a pas eu de récidive, ni de déformation de la face.

(*Annales des mal. de l'oreille, du larynx, etc.*, n° 1, mars 1885.)

Dr L. L.

Le traitement de la rhinite aiguë *(The treatment of acute rhinitis)*, par le Dr W. Kitchen.

Morell-Mackenzie, dans son traité, prétend que si l'on n'a pas enrayé dans sa marche le rhume de cerveau, après deux ou trois jours de traitement, on ne doit pas espérer de le voir avorter et suivre son cours normal. Telle n'est pas l'opinion du Dr Kitchen. D'après sa propre expérience, il affirme que lorsque les malades veulent suivre un traitement, ils voient la maladie avorter, ou tout au moins sa durée être réduite au tiers de son évolution normale, et toujours les symptômes pénibles de cette affection considérablement atténués.

L'opium ou tout autre médicament exerçant un action sédative, fera le plus souvent avorter un coryza. Les avocats et les chanteurs sont ceux qui, le plus souvent, réclameront les soins du médecin, ils demandent un soulagement qui se produise en quelques heures et leur permette de remplir les devoirs de leur profession.

Que faire en pareil cas ? Les indications à remplir sont les suivantes : Aconit à petite dose et repos absolue pour ralentir la circulation, sédatifs généraux, éviter les influences réflexes en restant au repos dans un appartement modérément chauffé, bains de pieds sinapisés, applications froides sur le nez pendant quelques heures, faire baigner l'intérieur des fosses nasales à l'aide d'un liquide légèrement astringent. Il recom-

mande un appareil qu'il a fait fabriquer à cet usage. Il se compose d'un flacon muni d'un bouchon à deux tubulures, dont l'un communique avec un tube en caoutchouc muni d'un embout s'adaptant à la narine. L'autre reçoit un tube recourbé dans l'intérieur du flacon qui est à moitié plein du liquide dont on veut faire usage. Le malade adapte l'embout à l'une des narines, et soulève le flacon en le tenant de manière à ce que le liquide ne puisse passer par le tube recourbé qui est ouvert à ses deux extrémités. Le liquide alors pénètre dans le tube en caoutchouc et arrive dans les fosses nasales. L'auteur n'est pas partisan de la cocaïne dans ce cas, elle amène, dit-il, une décongestion momentanée bientôt suivie d'une réaction inflammatoire (*The Med. Record* 23 mai 1885).

D[r] J. Ch.

De la rhinite hypertrophique,

par le D[r] Fontanilles.

L'auteur étudie dans ce travail la rhinite hypertrophique. Il la définit : un gonflement généralisé ou localisé de la muqueuse nasale. Les causes de l'affection sont générales ou locales. Les premières sont la scrofule, la syphilis, l'herpétisme, le coryza chronique et le coryza aigu. Les causes locales jouent un rôle plus important dans la pathogénie de la rhinite hypertrophique. En première ligne il place la grandeur démesurée de l'orifice des narines, l'air entrant largement par cette voie est une puissante cause d'irritation ; en outre, les particules solides entraînées sont d'autant plus grosses et plus nombreuses que le courant d'air est plus puissant. L'absence de vibrisses, le tabac à priser et, d'après Beverley Robinson, les injections nasales trop fréquentes et froides sont des causes du rhinite hypertrophique.

Les symptômes fonctionnels sont ceux de toute sténose nasale. Les symptômes objectifs sont fournis par l'aspect de la muqueuse, le siège du gonflement, sa forme, sa consistance.

La marche de l'affection est lente et progressive, sa durée fort longue. La rhinite hypertrophique pour certains auteurs (Mackensie, Frænkel, etc.) ne serait qu'une phase intermédiaire entre le coryza atrophique.

Cette affection peut se compliquer de troubles du côté de l'olfaction, perte de l'odorat; du côté de la respiration qui est gênée, les fosses nasales étant la voie normale que doit suivre l'air pour arriver aux poumons. L'audition est souvent diminuée, et la vision parfois atteinte par obstruction du canal nasal. L'auteur signale aussi les névroses nasales réflexes.

Le diagnostic doit être fait avec les tumeurs des fosses nasales, les rhinolithes et les corps étrangers, les végétations adénoïdes. L'auteur insiste surtout sur le diagnostic différentiel avec les polypes.

Le traitement doit être général et local. Le traitement général s'attaque à la diathèse (syphilis, strume, herpétisme). Le traitement local consiste surtout en cautérisation de la muqueuse au galvano-cautère, ou à l'acide chromique employé suivant la méthode de Hering de Varsovie. La cocaïne rend quelquefois des services. M. le Dr Fontanilles termine son travail par 10 observations prises à la clinique du Dr Moure, et donne les conclusions suivantes :

1° La rhinite hypertrophique n'est pas seulement un symptôme, mais bien une entité morbide parfaitement déterminée.

2° On ne doit pas la confondre avec le coryza chronique, les polypes naso-pharyngiens, les végétations adénoïdes.

3° Ses complications parfois sérieuses méritent qu'on lui accorde une attention toute particulière.

4° Son traitement, toujours suivi de succès, se résume en cautérisation au galvano-cautère ou à l'acide chromique cristallisé. — Suit un index bibliographique un peu incomplet de la question (*Thèse de Bordeaux*, 1885.). Dr J. Ch.

Rapport de la méningite aiguë avec les affections de la muqueuse nasale (*Acute meningitis in relation to diseases of the nasal mucous membrane*), par le Dr J. Mc Vaught.

Le cas de méningite aiguë rapporté par le Dr Ogston, dans le *Brit. med. journ.* du 16 mai 1885, rappelle au Dr Mc Vaught deux faits analogues par lui observés. Dans le premier, le malade, mort au bout de dix jours de maladie, présenta le jour de sa mort un écoulement de pus fétide par la fosse

nasale. On ne put faire l'autopsie, mais on ne peut avoir de doute sur le diagnostic : méningite déterminée par la propagation aux méninges de l'inflammation des fosses nasales. Le second cas est semblable au premier.

Les rapports de la méningite avec une affection de l'oreille sont suffisamment bien connus ; mais il n'en est pas de même de ses rapports avec l'inflammation de la muqueuse des sinus frontaux. On doit savoir gré au Dr Ogston de les avoir signalés. Car, dans certains cas, la trépanation des sinus, en donnant issue au pus à l'extérieur, pourrait prévenir la méningite. (*The Brit. med. Journ.*, 23 mai 1883.) Dr Ch.

Action de la cocaïne sur la muqueuse du nez (*The action of cocaïne on the nasal mucous membrane*), par E. Creswell Baber.

L'auteur rapporte deux observations qui confirment celles de Bosworth et de Frænkel au sujet de l action de la cocaïne sur la muqueuse hypertrophiée des cornets. Sous l'influence d'attouchements à la cocaïne (solution à 4 0/0), on voit la muqueuse hypertrophiée s'affaisser jusqu'à dessiner les contours des cornets sur lesquels elle s'applique ; l'obstruction disparaît, la respiration nasale peut facilement se faire, et l'on pouvait, dans un des deux cas rapportés, apercevoir les mouvements du pharynx lors de la déglutition ; l'effet se produit trois à cinq minutes après l'attouchement et persiste de un quart d'heure à une demi-heure. Ce même fait a été observé par nous à la clinique du docteur Moure, et le docteur Fontanilles a longuement insisté sur cette particularité dans son travail inaugural (De la rhinite hypertrophique, *Thèse*, Bordeaux, 1885). — (*The Brit. med. Journ.*, 7 mars 1885.) Dr Ch.

LARYNX.

Acide lactique contre la tuberculose laryngée, par le Dr H. Krause (1).

C'est un travail de V. *Mosetig-Moorhof*, paru dans le nº 12, 1885, du *Centralblatt für Chirurgie*, qui a donné l'idée

(1) *Berliner Klin. Wochenschrift*, nº 29, 20 juillet 1885.

au Dr Krause d'essayer l'acide lactique contre la tuberculose du larynx. Cet agent avait été, en effet, employé avec succès dans la carie fongueuse, le lupus vulgaire, même en cas d'épithéliomas superficiels, et il possédait une propriété supérieure à tout autre caustique, celle de ne détruire que le tissu pathologique, de laisser en dessous le derme proprement dit dans son intégrité. La parenté, récemment plusieurs fois discutée, entre les processus du lupus et de la tuberculose justifiait, en outre, ces essais thérapeutiques.

Très souvent des médecins ont tenté de détruire par des caustiques et la thermo-caustique les ulcères tuberculeux, ainsi que les granulations développées dans leur voisinage et produisant parfois la sténose du larynx. Cependant, il faut vite renoncer à l'usage des caustiques, qui n'atteignent pas ici le but, attaquent le tissu sain comme le tissu malade et laissent consécutivement mal limiter leur action. La thermo-caustique ne s'adresse essentiellement qu'à la destruction de masses énormes de granulations, qui amènent la sténose. D'autres moyens, tels que l'iodoforme notamment, dont on a beaucoup espéré, ne peuvent agir comme moyens curatifs.

L'iodoforme n'agira pas comme caustique; il pourra être utile pour donner plus de vitalité à la muqueuse en favorisant la production de bourgeons charnus ; c'est ainsi qu'on se rend compte des bons effets qu'il produit quelquefois dans certaines formes de cette affection, ainsi que dans différents cas d'ozène où il a été employé avec avantage. (Dr S.)

Comme il était impossible de mettre le moyen en contact permanent avec le larynx (V. Mosetig insiste sur la nécessité de le maintenir sur la peau pour avoir une action durable et énergique), le Dr Krause ne commença, comme il le dit, ses essais qu'avec un faible espoir de réussite.

A cette époque, il se trouvait, à sa policlinique, différentes formes de tuberculose du larynx, qui avaient été traitées depuis des mois, sans succès, avec la glycérine iodée, l'acide borique, l'acide phénique, la créosote, la morphine, la cocaïne, etc. Il y avait tous les degrés de la maladie : des cas d'infiltration plus ou moins prononcée, d'érosions allant

jusqu'à des ulcérations profondes, de périchondrite avancée et de haut degré d'infiltration tuberculeuse de la muqueuse liée à de l'œdème.

L'auteur donne ensuite, en résumé, l'état local de quatorze malades, manifestement tuberculeux, où le bacille tuberculeux a été constaté. Il a eu soin d'écarter de sa statistique les cas douteux.

V. Mosetig recommande l'emploi de l'acide lactique concentré dans le lupus, etc., de la peau. Krause commença par un mélange à 10 0/0 et arriva bientôt à des solutions à 25, 40, 50, 60, 80 0/0. L'action des plus faibles solutions jusqu'à celles à 50 0/0 est sensible, mais ordinairement passagère; comme la plupart des astringents en solutions concentrées, l'acide lactique produit des phénomènes réactionnels qui tantôt disparaissent assez vite; tantôt durent jusqu'à six heures; c'est un violent spasme glottique, mais toujours très court, une vive sensation de brûlure et de sécheresse. Cette dernière est d'autant plus marquée que l'application du moyen a été plus énergique. Il faut toucher énergiquement avec l'acide les parties affectées et se servir d'une petite éponge ou d'ouate non trop molle, qui sera pressée et frottée contre le larynx. Pour atteindre les ulcères situés plus profondément, la seringue de Hartevelt peut être employée avec avantage. Il ne reste souvent après l'attouchement qu'une légère sensation de brûlure et un goût acide; la cocaïne peut prévenir ces inconvénients en partie.

Au laryngoscope, on constate que les parties touchées deviennent très pâles et dégonflent beaucoup; si la solution est plus concentrée, il apparaît une eschare circulaire s'étendant sur les parties saines, cela arrive presque régulièrement avec une solution à 80 0/0. Dans ce cas, la douleur persiste parfois plus longtemps et la raucité peut devenir momentanément plus marquée. Les jours suivants, en règle générale, on voit sur les ulcères une eschare dure, adhérant fermement. *En même temps, on observe une diminution du gonflement et de l'infiltration, après la chute de l'eschare, une éclosion de granulations saines venant du fond de l'ulcère, la disparition*

des excroissances papillaires proéminentes, le rétrécissement et la cicatrisation progressive des ulcères et la disparition des troubles de déglutition, l'amélioration de la voix et des phénomènes subjectifs.

Dans un cas (nº 8) cité par l'auteur, on put constater d'une façon très nette la propriété de l'acide lactique, de ne détruire que le tissu pathologique.

Où il n'y avait pas formation d'ulcère, il ne se formait pas habituellement non plus d'eschare, mais il se développait un processus régressif par une diminution progressive de la rougeur, du gonflement et de l'infiltration de la muqueuse. Krause a observé la règle d'augmenter progressivement tous les jours la concentration de la solution là où il n'y avait formation d'aucune eschare, ou bien à côté de laquelle se montraient des parties ulcérées libres. Dans les autres cas, il attendait jusqu'à l'apparition d'îlots rouges bourgeonnants, pour toucher de nouveau aussitôt avec l'acide.

Il rapporte un cas (nº 9), où ce *modus faciendi* fut suivi d'un résultat remarquable, malgré les graves lésions qui existaient presque dans toutes les parties du larynx.

Pour obtenir une action de l'acide dans la profondeur, Krause a eu beaucoup à se louer de la méthode des scarifications de M. Schmidt.

En même temps que l'infiltration diminue et que les ulcères se cicatrisent, la douleur devient toujours moindre ; elle n'est ressentie souvent qu'aux endroits malades, ce qui est parfaitement renseigné par les sujets intelligents. La sécrétion peut également diminuer d'abondance. Les succès varient naturellement suivant l'étendue et le siège des ulcères, suivant l'extension de l'affection pulmonaire et l'état général des malades.

Dans des cas qui n'étaient pas trop avancés, Krause a été en état non seulement d'empêcher l'extension du processus local tuberculeux, mais aussi de faire disparaître presque entièrement les endurcissements et les infiltrations et d'amener la cicatrisation des ulcères. Dans un cas (nº 6), l'auteur observa une cicatrisation d'ulcérations, situées sur le bord des

cordes vocales, qui devinrent presque tout à fait lisses et égales.

Quant à ce qui concerne les infiltrations œdémateuses du périchondre, il semble que la résorption se fait mieux, si elles dépendent d'ulcérations; au contraire, elles persistent plus longtemps, quand la muqueuse qui les recouvre est encore intacte. C'est dans le dernier cas qu'il faut recourir à la méthode des scarifications.

Les phénomènes subjectifs, notamment en ce qui concerne le larynx, sont essentiellement améliorés chez tous les malades, sans exception; chez quelques-uns, c'est au point qu'ils comprennent difficilement que la cure doive être prolongée. Il ne peut s'agir maintenant de dire quelque chose de la récidive et de la durée de la guérison après la cessation du moyen; le temps d'observation est encore trop court.

D'après ce qu'il a observé jusqu'ici, Krause considère l'acide lactique comme un moyen qui permet, par un usage approprié, d'arrêter le processus sur la muqueuse du larynx. Ce serait déjà un succès, comparé au peu d'efficacité des autres moyens employés jusqu'à aujourd'hui. Mais il sera même possible, dans les cas les plus défavorables, de retarder souvent la terminaison fatale, en combattant l'infiltration œdémateuse du périchondre, qui produit la dysphagie et par là la mort. Dans des cas plus favorables, sous le rapport de l'état local et général, Krause ne doute pas qu'il soit possible de détruire par l'acide lactique, le tissu infiltré de tubercules, de cicatriser les ulcères et d'obtenir une guérison provisoire du processus local.

Pour finir, qu'il soit permis de faire remarquer que ce moyen pourrait être employé dans d'autres affections des muqueuses des voies respiratoires supérieures. Il serait utile surtout contre les catarrhes chroniques du nez (avec gonflement diffus et épaississements circonscrits), du pharynx (pharyngite granuleuse) et du larynx. Ces derniers, très tenaces, produisent une sécrétion sous forme de filaments et amenant un fort relâchement, du gonflement ou de l'épaississement de la muqueuse, ont été favorablement influencés en peu de temps par ce moyen.

L'acide lactique a aussi rendu de très bons services dans un cas de rhinopharyngosclérome (V. *Deutsche Med. Wochenschrift*, n° 26 de cette année), où après l'enlèvement par la curette des masses de granulations de la tumeur, il a détruit rapidement les proliférations situées profondément dans la muqueuse et produit une cicatrisation régulière.

Dr Schiffers.

Maladies traitées dans la section des maladies de la gorge au Saint-Thomas's hospital, en 1883, par le Dr Félix Semon.

Nous avons déjà signalé dans la *Revue* (Voir n° de juin 1885, p. 314), les cas les plus intéressants observés en 1882 au Saint-Thomas's hospital. Le nombre des malades traités en 1883 est encore plus considérable, 658 individus sont venus y réclamer des soins ; sur ce nombre 255 présentaient des affections du pharynx, 211 des maladies du larynx, 22 s'y sont présentés pour des affections des fosses nasales et de l'œsophage.

Les cas les plus intéressants observés par Semon sont les suivants : un cas d'abcès du voile du palais, un cas du pharyngo-mycosis ; un cas d'œdème isolé des cordes vocales, un cas de laryngorrhée; plusieurs cas de carcinome du larynx, d'ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne d'origine syphilitique, un cas de gomme de la trachée.

Pharynx mycosis leptothrix. — Le malade, âgé de soixante et onze ans, souffre de la gorge depuis une semaine environ (3 avril 1883). Le voile du palais et la luette sont très congestionnés, cette dernière est œdématiée. Sur leur surface on aperçoit des plaques exsudatives laiteuses, séparées les unes des autres et que l'on peut détacher avec des pinces. Au microscope elles apparaissent constituées par les spores et le mycélium du leptothrix buccalis. Les amygdales et la base de la langue étaient saines.

Traitement : Gargarismes au chlorate de potasse, tablettes à l'acide tannique. Quelques jours après le malade était guéri. Ce cas paraît, dit l'auteur, devoir rentrer dans la catégorie de ceux observés par le docteur Hering de Varsovie (*Revue*,

p. 264, 1884). Il en diffère en ce que la base de la langue et les amygdales étaient indemnes, et les parisites ne paraissaient pas avoir détruit l'épithélium sous-jacent, mais en recouvraient simplement la surface.

Œdème isolé des cordes vocales.— Le malade, âgé de vingt ans, se plaint d'une aphonie complète et de douleurs de gorge. Il avait été déjà soigné autrefois par l'auteur pour une congestion très intense du larynx, qui était probablement due à un usage excessif de l'organe vocal. Il lui avait, à cette époque, conseillé le repos complet de la voix, mais n'avait pas été écouté. Au laryngoscope, les cordes vocales apparaissent transformées en deux cordons rouges demi-transparents, ayant une forme semi-cylindrique. Leurs mouvements sont normaux, les autres parties du larynx ne présentent aucune lésion.

Traitement : Repos absolu de la voix, inhalations émollientes et applications astringentes, l'œdème disparut bientôt, il ne resta plus que la congestion qui ne tarda pas elle aussi à céder au traitement.

Les cas d'œdème isolé des cordes vocales sont fort rares, cette partie du larynx étant de toutes la moins prédisposée à l'infiltration œdémateuse.

Etiologie des cas de paralysie des abducteurs. — En 1883, Semon a observé huit fois la paralysie des abducteurs. Trois fois bilatérale, cinq unilatérale. Des trois premiers, l'un était tabétique, le second atteint de syphilis cérébrale. Il n'a pas trouvé la cause de la paralysie chez le troisième. Pour les cinq autres, un était atteint d'anévrysme de la crosse, un autre était (probablement) porteur d'une tumeur médiastine, un autre avait un cancer de l'œsophage. L'étiologie des autres cas n'a pu être clairement établie (*Saint-Thomas's Hospital Reports*, vol. XIII). D[r] Ch.

Phtisie laryngée, œdème de la glotte, trachéotomie, guérison, par M. F. Latouche, int. des Hôp.

L'auteur rapporte un cas de phtisie laryngée dans lequel la trachéotomie aurait procuré à la malade une amélioration

notable, tant au point de vue des lésions du larynx que des lésions pulmonaires.

La malade, d'après les symptômes énumérés par l'auteur, voix enrouée, sourde, devenant rauque par instants, devait présenter, du côté du larynx, les lésions de la tuberculose au début : rougeur des cordes vocales, état papillaire de la région postérieure ; l'auteur, toutefois, ne put s'en assurer, *à cause des réflexes gutturaux* qui se produisaient au moment de l'introduction du miroir. Quoi qu'il en soit, il put apercevoir sur l'épiglotte deux petites ulcérations qui expliquaient la sensation douloureuse de la gorge et la gêne de la déglutition que présentait la malade. On institue le traitement général de la tuberculose et un traitement local dirigé contre les lésions laryngées. Pulvérisations chloratées avec de *l'eau sulfureuse* (eau de Chalbes).

Malgré ce traitement, nous préférerions dire *à cause de ce traitement*, les troubles laryngés au lieu de diminuer ne font que s'accroître. Huit jours après, la malade a des accès de suffocation, la trachéotomie est pratiquée (17 mai).

Le 8 juin, on enlève la canule que l'on remplace par un tampon, qui est lui-même définitivement supprimé quinze jours après. D[r] Ch.

De la laryngite à répétition (*On recurrent laryngitis*),
par le D[r] Flechter Ingals.

A la Société médicale de l'Illinois, le D[r] Flechter Ingals de Chicago fait une communication sur la laryngite à répétition (recurrent laryngitis). Il donne les conclusions suivantes :

1) Cette affection dépend d'ordinaire d'une obstruction des fosses nasales ; 2) le plus souvent cette obstruction est produite par une déviation de la cloison, le gonflement de cette même cloison, ou la rhinite hypertrophique ; 3) pour amener une guérison permanente les remèdes sont inefficaces, les tissus hypertrophiés doivent être détruits ; 4) les procédés opératoires pour arriver à ce résultat ne déterminent pas de douleurs, si l'on fait usage de la cocaïne ; on guérit par ce moyen à la fois le catarrhe chronique et la laryngite qui en est la conséquence;

6) l'état général du malade est très amélioré par la disparition de l'obstruction des fosses nasales; 7) dans le catarrhe aigu des fosses nasales, les insufflations de cocaïne à petite dose déterminent un soulagement immédiat (*The med. Record*, 23 mai 1885). D[r] Ch.

Hémorrhagie laryngée sous-muqueuse (*Submucous Laryngeal Hemorrhage*), par le D[r] Ethelbert-Carrol-Morgan.

Un acteur, ayant été obligé de donner une note assez élevée et de faire un effort vocal considérable, vit sa voix s'éteindre tout d'un coup, et survenir peu après une toux spasmodique accompagnée de crachats sanglants. Le sang n'était pas en grande abondance, mais son écoulement continu.

Au laryngoscope, la bande ventriculaire gauche apparaît baignée de sang. Le larynx, une fois détergé par une pulvérisation faite avec : alun, 0,60 cent. ; eau, 30 grammes, on put voir et essuyer le point qui saignait, avec une sonde laryngienne, munie de coton absorbant. Ce point était situé sur le milieu de la bande ventriculaire gauche. On prescrit insufflations d'acide tannique et gallique, en parties égales, et on administre toutes les trois heures une poudre avec opium : 0,03 centigr. pour 0,20 centigr. d'acétate de plomb, jusqu'à cessation de l'hémorrhagie.

Repos absolu de la voix, boissons froides, glace. Le lendemain, l'auteur voit le malade chez lui. L'hémorrhagie a cessé, mais il parle difficilement et un caillot adhère au point où se faisait l'écoulement sanguin. Le côté gauche du larynx est immobile, les bandes vocales ne se rapprochent pas, dysphagie, dyspnée légère. Le caillot demeura trois jours en place. Lorsqu'il eut disparu, l'examen laryngoscopique révéla une extravasation sanguine dans les tissus de la bande ventriculaire. Elle était ecchymosée et gonflée dans une grande partie de son étendue. La coloration des tissus infiltrés était rouge-brun. Cet état ecchymotique dura plusieurs semaines, après quoi la voix revint et le larynx reprit son aspect normal. Mais le malade ne put reprendre, au théâtre, ses rôles primitifs que trois mois après l'accident.

Le malade, très vigoureusement constitué, ne présentait aucun signe de tuberculose pulmonaire, ni laryngée. L'hémorragie, suivant toute probabilité, était due à la rupture de quelques fibres, produite par l'effort considérable qu'il avait été obligé de faire. Ce cas est remarquable à cause de l'étendue de l'extravasation sanguine, de l'aphonie subite qui survint, du temps considérable qui fut nécessaire à la résorption de l'exsudat, au retour de la voix. Sommerbrodt, Schnitzler, Fraenkel, Hartmann, etc., ont publié des cas analogues. (*The Med. Rec.*, 21 mars 1885.) Dr Ch.

Laryngo-thyrotomie pour l'ablation d'un os arrêté dans le larynx (*Laryngo-thyrotomy for the removal of a bone impacted in the larynx*), par le Dr Eybert A. Hall.

Il s'agit d'un enfant de deux ans et quelque jours, qui pendant qu'il mangeait fut pris subitement des symptômes de l'obstruction laryngée. Le Dr Hall, à l'aide du laryngoscope, put facilement faire le diagnostic de corps étranger du larynx. Le jour suivant, 20 septembre 1884, la laryngotomie fut faite, la membrane crico-thyroïdienne et l'anneau supérieur de la trachée furent incisés. Le corps étranger ne put être trouvé. Il en résulta une violente inflammation, œdème des tissus du cou, gonflement des bords de la plaie. Pendant quelques jours, la situation fut des plus graves. Toutefois, les symptômes s'apaisèrent au bout de quelques jours et on résolut d'essayer encore de sauver le malade. On pratique la thyrotomie. L'auteur, après avoir administré du chloroforme au malade, fit sur la ligne médiane, depuis la membrane crico-thyroïdienne, une incision intéressant le cartilage et qui fut prolongée jusque près de l'os hyoïde.

Le larynx ouvert, l'os de poulet qui y était engagé put être enlevé. Le malade guérit.

Le Dr Ramon de la Sota en 1883 a rapporté un cas analogue (*The Medic. Record* 1885). Dr Ch.

OREILLES.

Deux cas de condylomes et un cas d'accidents syphilitiques primitifs de l'oreille externe (*Two cases of condylomata, and one case of primary syphilis of the external ear)*, par le Dr Zucker, de Berlin.

L'auteur passe d'abord en revue les exemples, très rares d'ailleurs, d'accidents syphilitiques de l'oreille, et donne les deux observations suivantes :

1° Le malade a la syphilis depuis deux ans. Son oreille droite a coulé autrefois et il est resté longtemps sourd de ce côté; la gauche fut atteinte il y a un an, il éprouva de la douleur suivie d'un écoulement; cinq semaines après, la droite fut prise. Au moment où je l'examinai, le conduit était complètement fermé par des bourgeons ulcérés, séparés par de profonds sillons. Le traitement consista en cautérisations au nitrate d'argent et applications d'onguent au précipité rouge. Les ulcérations disparurent et l'audition redevint presque normale.

Dans le second cas, on ne peut constater les accidents primitifs, l'entrée du conduit est entourée d'une masse de granulations séparées les unes des autres par de profonds sillons et saignant au moindre contact. Quelques cautérisations au nitrate d'argent guérirent le malade. L'auteur constata sur un troisième malade les accidents primaires au niveau du tragus qui était très enflammé, les ganglions du voisinage étaient gonflés, le diagnostic fut facilité par la présence d'éruptions sur les mains. Le malade finit par avouer que dix semaines avant il avait été passionnément embrassé sur les oreilles par une femme avec qui il avait des relations. Le tragus s'ulcéra, mais sous l'influence du traitement antisyphilitique tout rentra dans l'ordre. (*Archives of otology*, nos 3 et 4, 1884). P. Garnault.

Migration d'un corps étranger du conduit auditif externe dans l'arrière-cavité des fosses nasales, par la caisse et la trompe d'Eustache, par le Dr Lallemant.

Un soldat âgé de vingt-quatre ans, s'est introduit dans l'oreille gauche une pierre, qui à la suite de différentes ten-

tatives d'extraction, fut poussée dans la caisse. Uu mois et demi plus tard, cette pierre fut rendue par le nez. L'oreille gauche était devenue sourde. (*Gaz. des hôpit.*, n° 63, 2 juin 1885.)

Dr L. L.

Des exostoses de l'oreille (*On aural exostoses*), par le Dr G. FIELD.

L'auteur rapporte quatre cas d'exostoses de l'oreille traitées par lui. Son but est de démontrer que les exostoses peuvent être détruites, non seulement sans grands dangers mais encore avec de grands avantages, pour le patient, qui voit parfois disparaître de graves symptômes cérébraux, et recouvre toujours l'audition ; de plus, les praticiens ont l'habitude de prévenir les malades atteints de cette infirmité qu'il est pour eux préférable de rester sourds que de s'exposer aux risques de l'opération. Ce n'est pas l'avis de l'auteur. En 1877, il opéra un malade dont le conduit auditif était absolument obstrué à droite et presque complètement à gauche. Le malade, absolument sourd, entendit fort bien après l'opération, et son audition depuis huit ans déjà est aussi bonne qu'au premier jour.

On a attribué des exostoses du conduit à la goutte, au rhumatisme, à la syphilis ou à plusieurs de ces affections réunies; l'auteur ne prétend pas discuter l'étiologie, mais il croit que les bains de mer prolongés ont une influence sur leur production. Sur quatre malades, par lui observés, chez deux on pouvait invoquer cette cause.

Dans tous les cas opérés par l'auteur, l'audition est redevenue normale à la suite de l'opération qui n'a amené aucune complication.

M. Field termine son travail par les conclusions suivantes : 1° les exostoses du conduit ne sont pas nécessairement associées aux diathèses rhumatismale, goutteuse ou syphilitique; 2° elles sont très probablement produites dans la plupart des cas, sinon dans tous, par une irritation locale du conduit auditif externe; par les bains de mer habituels, par exemple; 3° elles doivent être détruites toutes les fois qu'elles s'opposent à l'écoulement du pus venant de l'oreille moyenne, toutes

les fois qu'elles sont douloureuses, toutes les fois qu'elles déterminent une obstruction considérable du conduit amenant ainsi une diminution notable et même la perte de l'ouïe. (*The Lancet*, 30 mai 1885.) Dr CH.

Lésions traumatiques de la membrane du tympan (*Traumatic lesions of the membrana tympani*), par le Dr GORHAM-BACON.

L'auteur passe en revue les causes diverses qui peuvent produire des lésions traumatiques de la membrane du tympan; il décrit la place et la forme des déchirures dans les différents cas et analyse les symptômes qui apparaissent au moment de leur production; nous signalerons ce fait en particulier : lorsque la rupture est due à un coup ou à une chute, on rencontre souvent des troubles du labyrinthe que l'on peut reconnaître au diapason et qui entraînent une surdité qui persiste fréquemment après la cicatrisation de la membrane.

Suivent sept observations de lésions traumatiques du tympan :

1° Perforation de la membrane par pénétration d'un pinceau. — Pas de douleurs au moment de la pénétration, étourdissement qui dura cinq minutes, autophonie, la perforation recouverte d'un petit caillot, se trouve dans le quart postéro-supérieur;

2° Rupture du tympan à la suite d'un coup de poing. Au moment de l'accident, le malade entendit un bruit éclatant, peu de douleurs depuis, bourdonnements; sa voix ne lui semble plus avoir son timbre naturel, le diapason est mieux entendu à gauche, perforation ovale du tympan dans le quart postéro-inférieur;

3° Rupture probable de la membrane du tympan par un coup de poing sur l'apophyse mastoïde. Le malade resta vingt-quatre heures sans connaissance; il resta plusieurs jours sans rien éprouver du côté de l'oreille, à part quelques bourdonnements, puis il vit son oreiller taché de sang; la perforation produite au moment de l'accident s'était rapidement cicatrisée, car il n'y en avait plus trace;

4° Perforation probable de la membrane du tympan par un

coup de poing. Aussitôt bourdonnement, sensation d'engourdissement ; la membrane du tympan est très rouge, il y a du sang coagulé dans le conduit, mais il n'y a plus trace de perforation ;

5° Fracture de la base du crâne, perforation de la membrane du tympan. Ce malade présentait une perforation du tympan droit et un écoulement considérable. A la suite d'un traitement par l'acide borique et le sulfure de calcium, son écoulement s'est arrêté et son audition a été améliorée ;

6° Robert W. se blessa le tympan avec une épingle à cheveux; depuis cette époque, douleurs et écoulements intermittents ; il fut traité par les insufflations de Politzer, les pulvérisations d'oxyde de zinc et d'acide borique et guérit rapidement ;

7° Un enfant de trois ans, se plaignant de la présence d'un corps étranger dans l'oreille, fut examiné par un médecin qui, sans se servir du miroir, fit de nombreuses et infructueuses tentatives pour l'extraire. Le conduit fut déchiré et la membrane du tympan détruite. (*The Medical Record*, 11 Avril 1885.)

P. Garnault.

Traitement des douleurs aiguës de l'oreille par l'injection de glycérine phéniquée (*The treatment of acute earache by the injection of glycerinum acidi carbolici*), par le Dr Bendelack Hewetson.

L'acide phénique est non seulement un excellent antiseptique, mais il possède encore des propriétés anesthésiques qui commencent à être appréciées par les chirurgiens. Les dentistes calment instantanément les douleurs nerveuses des dents malades par l'application de glycérine phéniquée sur la pulpe dentaire et guérissent ainsi, soit dit en passant, les nombreuses douleurs d'oreille qui sont dues à des affections dentaires.

L'auteur fit des injections de ce liquide chez des malades atteints d'inflammation de l'oreille moyenne. Après le traitement les douleurs cessèrent aussitôt et toute tendance à la perforation de la membrane du tympan disparut, bien qu'elle se fût déjà produite autrefois chez les mêmes malades. On expliquerait ce dernier fait par une action antiphlogistique en

même temps qu'anesthésique de l'acide phénique. A chaque récidive des douleurs, le même traitement produisit le même effet.

Dans les cas où les douleurs sont dues à une périostite ou à une othorrhée chronique, le soulagement n'est pas aussi rapide, mais il arrive bientôt suivi de la guérison si le traitement est continuée assez longtemps.

Le même traitement peut encore être employé avec grand avantage, dans la fièvre scarlatine ; il a toujours, entre les mains de l'auteur, calmé les douleurs des malades et empêché les lésions qui se produisent si fréquemment dans l'oreille sous l'influence de cette maladie. *(The Lancet,* 18 avril 1885.)

P. Garnault.

Applications locales de salicylate de chinoline dans les affections de l'oreille (*Local applications of chinoline salicylate in aural diseases*), par le Dr Ch. Henry Burnett.

Le salicylate de chinoline est un alcaloïde assez voisin de la resorcine. C'est une poudre d'un blanc crémeux, ayant une odeur aromatique, amorphe, et par conséquent très propre aux insufflations. M. Burnett en fait usage en solution contre les inflammations aiguës de la muqueuse de la caisse, du conduit auditif et du tympan, mais comme elle est difficilement soluble, elle déterminait dans l'oreille une sensation douloureuse. Il l'applique en insufflations mélangées à l'acide borique 1/16, dans l'otite moyenne chronique. Il en a obtenu de très bons résultats. Mais c'est surtout dans le traitement de l'otite externe et de la myringite parasitaire due au développement de l'aspergillus, que ce mélange s'est montré efficace. On voit, après les applications, le champignon disparaître pour toujours. En conséquence, il en recommande l'usage dans l'affection qu'il désigne sous le nom de myringomycosis aspergilline. *(The polyclinic,* 15 mai 1885.) Dr Ch.

Otite moyenne chronique suppurée de l'oreille gauche *(Chronic suppuration of the left middle Ear)*, par le Dr Morrison-Ray.

Le malade, âgé de vingt ans, était sujet depuis son enfance aux douleurs d'oreille, il vint trouver l'auteur en janvier 1884 ;

il avait un écoulement de l'oreille gauche qu'il possédait depuis huit mois. L'écoulement s'était une fois déjà arrêté l'année dernière, à la suite d'un bain froid. Il en était résulté des douleurs, du gonflement de l'apophyse mastoïde que l'on dut inciser et qui laissa s'échapper une grande quantité de pus. L'incision guérie, l'écoulement de l'oreille recommença, pour s'arrêter de nouveau quelque temps après. Le malade vit alors apparaître les douleurs et le gonflement mastoïdien.

Etat actuel : Toute la moitié gauche du crâne est douloureuse à la pression, la peau de l'apophyse mastoïde est très rouge, gonflée, et conserve l'empreinte du doigt. La montre est entendue au contact, et le diapason est mieux entendu placé sur l'apophyse mastoïde que si le son est transmis par l'air. La partie postéro-inférieure du tympan est détruite, laisse voir la cavité de la caisse et le promontoire. Il n'y a pas de pus dans la caisse.

L'auteur prescrit trois sangsues sur l'apophyse mastoïde, des cataplasmes, 0,25 centigrammes de calomel à prendre avant de se coucher, et un purgatif salin pour le lendemain. Le malade revient le jour suivant ; le gonflement a augmenté, il se plaint de douleurs et de surdité à droite. Il n'a pas posé les sangsues. Sangsues sur l'apophyse mastoïde, cataplasmes, irrigations aussi chaudes que possible dans l'oreille. Tel est le traitement prescrit.

A partir de ce moment, le malade alla de mieux en mieux. Le 17 janvier, l'oreille droite était absolument guérie. La douleur à la pression n'existait plus à gauche que sur l'apophyse mastoïde. Le 25 janvier, il était guéri.

Le but de l'auteur en rapportant cette observation, est de montrer que la périostite de l'apophyse mastoïde peut être traitée avec succès sans incision, par la déplétion locale et les applications chaudes. Avec le Dr Tansley, il a traité bon nombres de cas de cette façon, et jamais il n'a vu le pus se former. Il est vrai que si la fluctuation est manifeste, on doit pratiquer une incision et donner issue au pus. Mais si le médecin est appelé à temps, il doit s'attacher à prévenir la suppuration.

L'inflammation de l'oreille droite qui est survenüe dans l'observation que nous venons de rapporter, peut être facilement expliquée par le catarrhe naso-pharyngien très intense que présentait le malade et qui avait déterminé la suppuration à droite. Peut-être, dit l'auteur, existe-t-il une otite sympathique comme il existe une ophtalmie sympathique. *(Louisville Med. News*, 16 mai 1885.) D[r] Ch.

De l'existence du bacille de la tuberculose dans les écoulements de l'oreille et de leur signification dans le diagnostic clinique (*The existence of the Tubercle-bacillus in aural discharge, and its significance in clinical diagnosis*, par le D[r] Gottstein.

Les observations de Weigert et de Demme ont montré que la tuberculose pouvait se propager des fosses nasales au contenu du crâne, la découverte de bacilles dans l'oreille moyenne fait supposer que la propagation peut aussi se faire par cette voie.

Mais l'absence du bacille dans l'otorrhée, nous permet-elle de réfuter l'hypothèse d'une affection tuberculeuse? La valeur diagnostique du bacille, ne semble pas être très grande. Eschle l'a trouvé chez des malades présentant des tubercules du poumon et atteints d'otorrhée. Voltolini observa des bacilles dans une otorrhée venue sans cause apparente, et suivie d'une phtisie pulmonaire, il conclut à la communauté d'origine. Gessler et Ronzler ont, au contraire, recherché sans succès, le bacille dans l'otite moyenne suppurée. L'auteur a observé un cas d'otite moyenne purulente certainement tuberculeuse dans lequel il n'a pu rencontrer de bacilles. Nous savons que dans les lésions tuberculeuses des organes autres que le poumon, il arrive souvent qu'on ne le rencontre pas.

De ceci et des observations positives que nous avons citées, nous conclurons que la recherche du bacille doit toujours être faite dans les cas suspects d'otite moyenne purulente, mais son absence ne peut être considérée que comme un argument négatif sans valeur absolue *(Archives of otology*, décembre 1884). P. Garnault.

Des complications de l'otite moyenne suppurée et de la trépanation mastoïdienne, par le Dr Jan.

L'auteur croyant que la thérapeutique est ordinairement désarmée puisque la plupart de ses observations sont terminées par autopsie, a pris à tâche d'étudier ce sujet.

Après avoir rappelé l'anatomie de la région mastoïdienne, Jan traite de l'otite moyenne chronique. Trouvant que les otologistes ont trop multiplié les formes et les variétés d'otite, il pense qu'il serait fort au-dessus de sa tâche, d'en esquisser complètement les principaux traits; aussi laisse-t-il le nom d'otite moyenne chronique à toutes les formes chroniques des maladies de l'oreille moyenne, confondant ainsi ou semblant confondre l'otite simple et l'otite purulente.

Le catarrhe purulent n'est pas toujours la conséquence de l'otite aiguë simple, il peut encore reconnaître pour point de départ une otite externe, une myringite avec perforation du tympan. « Dès que la suppuration chronique de la caisse » est établie, à moins, ce qui est fort rare, que la membrane » du tympan épaissie par des phlegmasies antérieures ne » soit devenue très résistante, cette suppuration a pour con» séquence fatale la perforation de cette membrane et, par » suite, l'écoulement du pus dans le conduit auditif externe. » L'otorrhée est le premier symptôme qui appelle l'attention » du médecin.

» On constate, derrière la perforation, une rougeur très » vive, due à l'extrême vascularisation de la partie malade » et qui s'accuse sur le promontoire, lequel est le point qu'on » découvre généralement le premier à l'examen otoscopi» que. » Oui, quand la perforation siège à niveau.

Pour constater la perforation, l'auteur conseille d'employer le procédé de Valsalva, de considérer l'aspect de la muqueuse et d'explorer la paroi labyrinthique de la caisse, à l'aide d'un stylet.

Dans la troisième partie de son travail, consacrée aux complications de l'otite moyenne suppurée, l'auteur ne veut s'arrêter qu'aux abcès du cervelet et aux altérations du nerf spinal. Trois observations viennent à l'appui de sa thèse :

Obs. I. — Malade, atteint d'otite moyenne droite, depuis un an, entre à l'hôpital avec paralysie faciale de ce côté. Examen otoscopique difficile à cause de l'écoulement purulent. La voûte palatine se perfore. Traitement : liqueur de Pearson et bromure de potassium. Un fragment osseux du palatin se détache dans une tentative de cathétérisme de la trompe d'Eustache. Vertiges. Perforation palatine augmente. Le malade succombe. Autopsie : séquestre de l'apophyse mastoïde et du rocher ; facial a disparu dans la partie nécrosée. Cerveau et cervelet altérés.

Obs. II. — Otite moyenne chronique depuis un an. A diverses reprises, douleurs à l'apophyse mastoïde pour lesquelles on a pratiqué des débridements à ce niveau. Actuellement abcès derrière l'oreille : incision. A l'otoscope : destruction de la membrane tympanique et bourgeon fongueux [illegible] vertiges pour lesquels on décide la [illegible] où l'on va [illegible] du rocher avec [illegible] de l'os à la [illegible] dans le sinus latéral [illegible]

[illegible] A l'examen oto[illegible] Sulfate de qu[illegible] Injections de [illegible] lobe droit du [illegible] dans les cellules [illegible]

[illegible] ne parle [illegible] pour combattre [illegible]

[illegible] à l'étude de l'inflam[illegible] « Chaque fois que la [illegible] mesure, et que [illegible] obstruer [illegible] caisse, sera [illegible] cellules [illegible] très grave ; qu[illegible]

les cellules sont envahies, il n'y a qu'une seule intervention qui puisse amener la guérison : c'est la trépanation. Nous ne sommes pas aussi positif que l'auteur, attendu que la réfrigération continue à l'apophyse mastoïde et les lavages de l'oreille moyenne au moyen de fines bougies ont pu empêcher de recourir à cette opération.

Jan donne ensuite l'observation d'un malade atteint d'otorrhée depuis quelques semaines. A son entrée à l'hôpital, l'oreille était remplie de pus. Six jours après, l'écoulement ayant cessé, on fait l'examen otoscopique et le surlendemain on constate que « la membrane est blanche et tendue. On pratique la perforation. La partie postérieure du conduit auditif externe est enflammée, rouge et bourgeonnante. » Le lendemain, la ponction n'avait pas amené la sortie du pus. Le malade meurt quelques jours après de pyohémie. A l'autopsie : cervelet intact; sinus latéral droit rempli de pus. Pas d'altération du conduit auditif externe; traces de pus sur la paroi externe de la membrane du tympan. Altération osseuse du rocher au niveau de la lésion du sinus latéral.

Le traitement local n'est pas indiqué dans cette observation.

Le dernier chapitre traite de la trépanation mastoïdienne. Après en avoir fait l'historique, l'auteur énumère les indications du trépan, basées sur l'état de l'oreille, de la région mastoïdienne et sur les troubles cérébraux. M. Jan engage à avoir recours à la percussion de l'apophyse qu'il croit à tort, n'avoir guère été étudiée à ce point de vue. Il ajoute qu'il ne connaît aucun cas de troubles cérébraux consécutifs à une otite, à moins toutefois qu'on n'ait pratiqué la trépanation. Cependant il en existe des exemples.

L'auteur conseille de faire usage du trépan à couronne. Le lieu d'élection se trouve à l'entrecroisement de deux lignes dont l'une courbe et verticale, est parallèle à l'insertion de la conque à 12 ou 15 millimètres en arrière, et l'autre horizontale est tangente au bord supérieur du trou auditif externe.

Deux cas de trépanation suivis de mort, et deux autres suivis de guérison, terminent ce travail. *(Thèse de Paris, 1885.)*

De l'autophonie ; extrait des leçons de Samuel Sexton sur l'otologie (*Autophonia being an abstract from the lectures on otology delivered by* S. *Sexton*), d'après les notes du Dr B. Barclay.

Il résulte des observations et des études cliniques du Dr Sexton que les phénomènes d'autophonie sont dus à un trouble dans l'équilibre normal de tension de l'appareil de transmission de l'oreille. Tout le monde sait que les différents sons arrivent à l'oreille par deux voies bien distinctes : la voie aérienne, la voie crânienne. Les vibrations sonores qui suivent cette dernière voie, ne sont pas perçues à l'état normal, et passent inaperçues.

Dans presque toutes les maladies de l'oreille externe ou moyen et même dans quelques affections de l'oreille interne on rencontre presque invariablement de l'autophonie, quel que soit le trouble qu'elles produisent dans la tension auditive.

De toutes les lésions qui amènent ce résultat, les deux plus communes et qui toutes les deux se rencontrent dans les affections aiguës et surtout chroniques de la caisse, sont la désarticulation de l'articulation du marteau et de l'enclume et l'altération de la tension de la membrane du tympan.

L'auteur, dans cet article, passe en revue les différentes conséquences de l'autophonie. Il a déjà exposé ses idées dans un article publié dans la *Revue* (1884, p. 339). Nous n'insisterons pas. Terminons en donnant le pronostic ; il est favorable, dit l'auteur. La guérison est la règle dans les cas aigus, tandis qu'une amélioration considérable est obtenue le plus souvent dans les cas chroniques. A condition, toutefois, que le traitement soit bien dirigé et convenablement fait (*The Med. Rec.*, 9 mai 1885). Dr Ch.

La détermination de la surdité unilatérale (*The detection of one-sided deafness*), par le Dr Pomeroy.

Lorsqu'une seule oreille est malade, il est parfois difficile de déterminer le degré de surdité. La difficulté est presque insurmontable si l'autre oreille est absolument normale. On doit d'abord fermer hermétiquement l'oreille saine avec le

doigt ou de la charpie. La principale difficulté est d'établir quelle est l'oreille qui a perçu le son. Le Dr Pomeroy a observé un cas qui lui a fourni des données importantes sur lesquelles il a pu baser certaines propositions.

Il s'agit d'une dame de trente-six ans, qui fut renversée par une voiture et resta insensible pendant quelque temps, eut des convulsions, de la paralysie faciale du côté droit et une surdité complète de l'oreille de ce même côté. Le tympan ne présente aucune trace de lésion, pas de bourdonnements. L'audition est normale à gauche. L'oreille gauche était hermétiquement fermée, la malade entendait la voix ordinaire à la distance de 30″ du côté gauche, de 15″ du côté droit. La voix chuchotée 10″ du côté gauche, 5″ à droite. La distance de l'audition était donc dans ces conditions le double du côté gauche que du côté droit. Tout son produit à droite et entendu n'était en rien modifié, que l'oreille gauche fût ouverte ou fermée. Il en résulte que dans ce cas particulier, l'oreille normale étant bouchée, et son audition pour l'autre côté étant connue, toute augmentation de l'audition pour le côté malade aurait pu être mise sur le compte de ce même côté. Dans ce même cas, le son était en apparence perçu par l'oreille malade, mais lorsqu'on la bouchait, elle entendait aussi bien, ce qui prouve que c'était bien l'oreille normale qui percevait le son.

Il est des cas où une oreille perçoit encore quelques sons, mais on ne peut le constater par les méthodes déjà mentionnées. Pour obvier à cette difficulté, on peut faire usage d'un porte-voix adapté à un tube flexible que l'on peut comprimer avec le doigt (le tube ne doit pas avoir moins de 6 mm. de diamètre), — il permet de déterminer si l'audition était complètement perdue chez un malade dont il rapporte l'observation.

Le diapason rend aussi de bons services pour découvrir la surdité unilatérale. Dans un cas donné, il est placé sur les dents ou sur une partie quelconque du crâne. Il peut ne pas être entendu par l'oreille malade; mais si en même temps on ferme l'oreille, il se produit un certain renforcement du son

d'après le principe bien connu que la conduction osseuse se fait mieux quand l'oreille est fermée. De plus, si l'on place le diapason sur les molaires du côté malade, le diapason peut paraître entendu par cette oreille, tandis qu'en réalité, c'est l'oreille saine qui l'a perçu. En fermant l'oreille malade, si c'est cette dernière qui a perçu le son, celui-ci est renforcé, il demeure le même si c'est l'oreille saine qui l'a entendu. (*The Med. Record*, mars 1885.) Dr CH.

Recouvrement soudain, mais temporaire, de l'audition après une surdité de vingt-un ans. (*A case of Temporary Sudden Restoration of Hearing after Deafness of Twenty one years*), par le Dr BASIL MORRIS.

Une dame de Washington, sourde depuis vingt-un ans, recouvra soudain l'audition qu'elle conserva pendant trois semaines, puis ayant aperçu un drapeau rouge de sa fenêtre, elle redevint subitement sourde, et n'entendit pas un orage qui se produisit dans la soirée. A deux reprises elle avait déjà entendu pendant deux ou trois jours. Cette dame se porte très bien, et l'on n'a pu retrouver aucune tare héréditaire. (*Archives of otology*, nos 3 et 4. 1884.) P. GARNAULT.

Anomalie remarquable de l'oreille droite avec le labyrinthe intact (*A peculiar malformation of the right ear with an intac labyrinth*), par le professeur Moos d'Heidelberg.

La partie moyenne du pavillon retournée en avant est soudée au tragus ; les dimensions de ce pavillon sont plus petites que celles de son congénère ; le malade n'entend pas la voix par cette oreille, mais il entend le son d'une montre et du diapason transmis par l'os. Malgré cela, je n'engageai pas le malade à se soumettre à une opération. L'auteur attribue cette anomalie à une circulaire du cordon (*Archives of otology*, novembre 1884). P. GARNAULT.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

6e Année. N° 10. 1er Octobre 1885.

DES CAUTÉRISATIONS A L'ACIDE CHROMIQUE DANS LES FOSSES NASALES,

par le Dr **Maximilian Bresgen**, de Francfort-sur-le-Mein.

L'acide chromique introduit de nouveau, il y a peu de temps, dans la rhino-laryngologie comme caustique et préconisé surtout par le Dr Héring (1), n'a pas trouvé à la section de laryngologie (2) du Congrès international de Copenhague l'accueil qu'il mérite, d'après ce dernier. L'opinion générale était que jamais il ne pourrait lutter avec le galvano-cautère, et même le remplacer, comme le soutient Héring. Je n'avais, à cette époque, aucune expérience personnelle sur la valeur de ce remède, les résultats importants obtenus par le Dr Héring me déterminèrent à l'expérimenter.

Un premier fait me parut tout d'abord clairement ressortir de mes expériences. C'est que dans les cas d'hypertrophie considérable de la muqueuse du nez, les cautérisations à l'acide chromique sont inférieures au galvano-cautère, non seulement au point de vue de la rapidité, mais encore de la durée des effets produits. Cette différence d'action est surtout sensible depuis que nous possédons dans la cocaïne un remède qui permet d'amener chez les personnes peu sensibles une anesthésie complète de la muqueuse nasale, et d'atténuer considérablement la douleur chez celles qui le sont beau-

(1) De l'emploi de l'acide chromique pour la cautérisation dans les maladies du nez, du pharynx et du larynx. *Revue*, 1884, nos 5 et 6. — *Uber die Anwendung von Chromsæureætzungen bei Krankheiten der Nasenhoehle, des Rachens und des Kehlkopfes (Berliner Klin. Wochenschr.*, 1885, n° 11). — Rethi, dans un travail plus récent : *Die Chromsæure und ihre Anwendung als Atzmittel bei Krankheiten der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes* (*Wiener mediz. Presse*, 1885, nos 14, 15, 18) envisage la question au même point de vue que Hering.

(2) Compte rendu dans la *Deutsche mediz. Wochenschr.*, 1884, n° 38, et *Revue* 1885, n° 1.

coup. A la suite de ces expériences, je résolus de restreindre les cautérisations à l'acide chromique à une certaine catégorie de cas, et de les pratiquer sur certaines parties seulement de la muqueuse du nez. Vers le milieu de mai, j'avais déjà observé un peu plus d'une centaine de cas, et depuis lors, j'ai eu souvent l'occasion d'employer l'acide chromique dans les mêmes conditions. Au début de mes expériences, j'employais l'acide chromique cristallisé fondu, suivant la méthode du Dr Héring, au bout d'une sonde en argent, et je laissais refroidir avant d'en faire usage. Dans ces conditions, on réussit facilement à porter l'acide chromique sur les parties du nez qui sont en quelque sorte ouvertes, de manière à permettre d'introduire la sonde sans effleurer aucune autre partie de la muqueuse. Mais, dans ces cas, la galvano-caustie est de beaucoup préférable à l'acide chromique. Et même dans les cas d'hypertrophie légère, pourvu que les parties hypertrophiées soient facilement accessibles, la galvano-caustie, après l'emploi de la cocaïne, donne des résultats bien plus faciles à obtenir et bien plus radicaux, que la méthode de Héring.

Il ne me restait donc principalement à étudier que les cas dans lesquels il existe une legère hypertrophie siégeant tout à fait en haut et coïncidant avec un méat très étroit, ou dans lesquels des saillies ou des exostoses de la cloison avaient obstrué l'espace compris entre cette dernière et les cornets ou le plancher du nez, au point que la sonde même la plus fine ne pouvait plus passer.

Il me semblait tout d'abord que la méthode d'Héring, qui consiste à fondre l'acide chromique sur une sonde en argent, fût impropre dans les cas de ce genre, parce qu'elle semblait insuffisante, et je pensais que cette méthode ne pouvait faire une concurrence sérieuse à la galvano-caustie. Mais cette dernière, il faut l'avouer, est également inefficace dans ces cas, à cause des adhérences qu'elle laisse après elle.

J'étais surtout arrêté par la pensée que l'acide chro-

mique employé d'une façon différente et moins sûre pourrait facilement occasionner des symptômes d'intoxication. Mais un cas très favorable dans lequel on avait en vain fait usage de tous les autres moyens et dans lequel je me vis forcé de recourir à ce moyen me fit surmonter toutes ces difficultés.

La cause de l'insuccès de la méthode d'Héring dans les cas de ce genre est facile à comprendre. A peine l'acide chromique fondu au bout de la sonde est-il introduit dans le nez qu'il attire l'eau en grande quantité; il devient même liquide si on touche un point quelconque du nez. Si ce point est celui qui devait être cautérisé, on a réussi. Mais si dans un méat ou dans une fente très étroite, il faut aller d'avant en arrière ou de bas en haut pour atteindre son but, l'acide chromique est déjà enlevé de la sonde à l'entrée de ce méat ou de cette fente étroite, il n'en reste plus pour faire une cautérisation au fond. Il faut encore ajouter un autre fait, d'une grande importance, pour le traitement rapide et efficace de ces cas rebelles. C'est qu'avec les sondes les plus fines même, après avoir employé la cocaïne, on ne réussit pas, dans bon nombre de cas, à explorer les méats et les fentes étroites aussi complètement qu'il serait désirable. Par contre, on y arrive avec une facilité surprenante si en même temps que la cocaïne on emploie l'acide chromique de la même manière que je vais indiquer tout à l'heure.

J'emploie des sondes en feuille de myrthe, en argent, longues, légèrement renflées à leur extrémité (1) et ayant 1/2 à 1 millimètre d'épaisseur. Suivant que le méat ou la sonde sont plus ou moins étroits, je prends une quantité plus ou moins grande d'ouate et je la roule à l'extrémité de la sonde en forme de drapeau Puis je mets sur la partie la plus grande et non enroulée de l'ouate, un, deux

(1) Voir le catalogue de H. Reiner à Vienne, IX, van Swietengasse, 10 (1885), page 47; n° 594.

ou trois cristaux d'acide chromique, ou même davantage, et j'enroule solidement autour de la sonde cette partie d'ouate. Je porte la sonde ainsi pourvue de cristaux d'acide chromique entourés d'ouate sèche sur le point du nez sur lequel je veux agir. Le mucus sécrété sur ce point mouille très vite l'ouate, et l'action de l'acide chromique se fait alors immédiatement sentir. Mais ce qui donne à cette forme de cautérisation une grande valeur, c'est qu'on touche du doigt, en quelque sorte, son action dans le nez du malade. On entre très bien, quoique lentement, avec la sonde armée d'ouate, et on pénètre dans le fond du méat ou de la fente étroite au fur et à mesure que se produit l'action destructive de l'acide chromique. Dans tous les cas on pénètre mieux et avec moins de ménagements qu'auparavant lorsqu'on faisait usage de la même sonde non armée.

La douleur est d'autant moins forte que les fentes et les méats [illegible] sont moins étroits. Mais la cocaïne rend [illegible] supportable dans les cas douloureux, et rend même la cautérisation sans douleur. Les [illegible] ceux dans lesquels il faut [illegible] les adhérences. Cette destruction [illegible] instrument contondant, par [illegible] la sonde en forme de feuille [illegible]

[illegible] les cautérisations de [illegible] ces dernières ne [illegible] même sans l'emploi de [illegible] bons résultats. Une fois [illegible] facilement détacher la [illegible]

[illegible] à l'acide chromique [illegible] Il est fort important [illegible] nécessaire, qui est [illegible] l'expérience. [illegible] thérapeutique, il faut [illegible] cas particulier.

Il faut donc, avant d'avoir acquis cette expérience, en prendre d'abord infiniment peu, un petit cristal seulement. On évite alors sûrement toute intoxication, d'autant plus que l'ouate sèche introduite dans le nez s'en imbibe. Si l'on veut faire davantage, on peut, une minute après la cautérisation, faire moucher le malade. Les taches jaunes disparaissent par le lavage.

Ces cautérisations, on les fait une ou plusieurs fois, suivant la gravité des cas; quatre à six ou huit jours après on peut en faire d'autres. On ne doit pas négliger le traitement ultérieur, les cautérisations n'ayant pas sans cela un effet durable. Il est bon d'employer pour le traitement ultérieur une solution d'acide chromique (de 10 à 20 0/0) introduite avec la sonde pourvue d'ouate. Mais l'ouate ne doit pas être trop imbibée afin qu'il ne s'en écoule aucune goutte dans les fosses nasales.

A l'aide de cette méthode j'ai réussi à dégager des méats rétrécis alors que tous les autres moyens, même la galvano-caustie, avaient échoué, malgré les grands soins que l'on avait pris et un traitement ultérieur assidu. Dans les cas de ce genre, je ne puis que recommander les cautérisations à l'acide chromique, faites avec les précautions indiquées et d'après la méthode que je viens de décrire. Pour les gonflements considérables que l'on ne peut opérer avec l'anse froide, c'est la galvano-caustie qu'il faut employer : son action est plus rapide bien que la plaie soit plus longue à se cicatriser que celle produite par l'acide chromique.

DE LA SYPHILIS DE L'OREILLE (*suite*)

par J. Baratoux (1).

Affections osseuses. — Dans les chapitres précédents, nous avons étudié les accidents vénériens qui survenaient du côté de la peau; nous avons préféré mettre dans un

(1) Voir *Revue*, n° 9, septembre 1885.

chapitre à part les lésions osseuses, dont les unes se présentent dans les périodes secondaire ou tertiaire, et dont les autres se manifestent indistinctement dans l'une ou l'autre de ces périodes.

A l'époque où commencent à se développer les accidents secondaires, parfois même plus tard, peut apparaître une ostéo-périostite qui souvent passe inaperçue; car le malade, se plaignant d'une douleur sourde, plus forte le soir ou pendant la nuit, on le soumet au traitement spécifique sans rechercher le point de départ de sa douleur. Il est vrai qu'il n'indique que vaguement le siège de son mal; mais si on examine le conduit auditif, on n'aperçoit d'abord aucun changement de coloration de la peau; toutefois, en regardant de plus près, on aperçoit, vers l'insertion des parois osseuse et cartilagineuse, ou encore dans le voisinage du cercle tympanal, une saillie légère, tantôt étalée et plate, tantôt plus ou moins arrondie, occupant une des parois, surtout l'inférieure ou la postérieure. Dès qu'on touche cette petite tumeur, le malade éprouve une souffrance vive, beaucoup plus aiguë que celle du furoncle. On peut limiter la douleur avec le stylet et le patient ne manque pas d'indiquer lui-même que c'est bien la saillie qui est le point de départ du mal occupant la partie correspondante de la tête, principalement la région occipitale si la tuméfaction a pour siège la paroi postérieure du conduit.

Le stylet donne la sensation d'empâtement au niveau de la périostite qui disparaît au bout de trois à cinq semaines après avoir été quelque temps stationnaire.

C'est incidemment que nous avons pu étudier la périostite; il est vrai que nous ne l'avons vue que rarement. L'une de ces malades était atteinte d'accidents secondaires de la peau et de la bouche. Elle accusait en même temps de la céphalée et de l'insomnie. Ce qui l'avait déterminée à venir nous consulter, c'était l'apparition de plaques muqueuses sur les amygdales et le voile du palais. Comme nous recherchions s'il n'y avait pas

quelques lésions du côté des conduits auditifs, nous aperçûmes à la paroi postérieure du conduit osseux droit un petit bourrelet étendu verticalement qui rétrécissait d'autant plus la lumière du canal, qu'à sa partie inférieure se trouvait une pellicule épidermique assez large. Voulant enlever celle-ci, notre stylet vint toucher la saillie de la paroi postérieure, et la malade poussa un cri qui certes n'était pas en rapport avec la sensation produite habituellement par l'attouchement léger des parois du conduit. Elle nous dit que c'était bien là le siège de son mal; en effet le reste de la peau n'était pas sensible. Soumise au traitement mercuriel (0,05 de protoiodure) et ioduré (iodure de potassium, 3 gr. par jour), la céphalée disparut ainsi que la saillie du conduit, comme nous pûmes nous en assurer dix jours après.

C'est aussi incidemment que nous avons noté ce gonflement du canal dans deux autres cas qui guérirent par le traitement mixte.

Bonnafont a fait remarquer que si la maladie n'était pas traitée, il se développait des lésions profondes du tissu osseux, lésions qui peuvent aussi résulter de l'infiltration gommeuse.

Celle-ci se manifeste par l'apparition de douleurs vives, persistantes, nocturnes, occupant un point limité qui se présente sous forme de saillie, arrondie et dure au début. Après quelques semaines la tumeur se ramollit, la peau rougit, et se rompt pour l'évacuation d'un pus fluide ou caséeux mélangé de sang et de fragments d'os nécrosés.

L'ulcération consécutive est profonde et ses bords se couvrent d'excroissances polypeuses. Le conduit peut s'infiltrer dans une grande partie de son étendue et des abcès se forment au pourtour de l'oreille, soit au-dessous du pavillon, soit au niveau de l'apophyse mastoïde. Ces abcès s'ouvrent alors dans le conduit, à l'extérieur, ou se dirigent profondément vers les cellules mastoïdiennes ou les tissus voisins, voire même vers la cavité naso-pharyngienne, où ils peuvent former un abcès rétro-pharyn-

gien (Chimani); des fistules persistent indéfiniment jusqu'à la guérison de la maladie de l'os.

Mais il est rare que le traitement n'intervienne pas avant le développement de tous ces accidents qui, généralement, ne dépassent guère le gonflement des conduits dont la peau de la paroi postérieure vient alors se mettre en contact avec celle de la paroi opposée. Si la médication est négligée, on voit survenir alors ces diverses lésions qui peuvent mettre en jeu non seulement la fonction mais même la vie.

Lorsque la guérison se produit avant le développement de la nécrose, il reste peu de traces cicatricielles ou une légère hyperostose. Mais il n'en est plus de même lorsqu'il y a eu nécrose des parois. En effet, l'on constate un agrandissement du conduit à ce niveau. Nous avons vu une malade qui présentait une dépression tellement considérable de toute la moitié inférieure du canal osseux, qu'il fut même pris pour la caisse du tympan par quelques-uns de nos confrères assistant à la consultation de notre dispensaire. Les bords de cette dépression étaient durs, saillants, épaissis. Le tympan était intact. L'ouïe ne présentait pas d'altération.

C'est ici qu'il convient de dire quelques mots des exostoses. Certains auteurs ont voulu les rattacher exclusivement à la syphilis, tandis que d'autres les ont mises sous la dépendance des causes les plus diverses. Pour Wylde et Rau, les exostoses devraient leur origine à une périostite ou à une ostéite; Erhardt, Troeltsch et Bonnafont disent qu'il n'est pas prouvé que la syphilis exerce une influence spécifique sur leur production. Schwartze les croit héréditaires; Duplay est porté à les regarder comme étant dues à un trouble survenu dans le développement du conduit auditif osseux, et Delstanche comme le résultat d'une phlegmasie chronique du conduit. Toynbee les rattache à la goutte, d'autres auteurs pensent que ces anomalies sont dues à certaines particularités de races (Seligman, Velcker, etc.). Mais Triquet n'hésite

pas à en faire une lésion syphilitique. Si pendant vingt ans, il n'en a rencontré que deux ou trois cas, c'est, dit-il, que ce fait singulier tient peut-être à ce que les exostoses en général, et en particulier, celles du conduit, étant un symptôme de syphilis tertiaire et coïncidant le plus souvent avec d'autres accidents syphilitiques, les malades se dirigent d'eux-mêmes vers les chirurgiens spéciaux en fait de maladies vénériennes.

Dans le traité de chirurgie de Nélaton, revu par Péan, il est dit qu'il y a des exostoses d'origine syphilitique. Le professeur Gruber a observé aussi des hyperostoses et des exostoses dans la syphilis; mais il ne regarde ces lésions comme vénériennes que quand les malades ont ou ont eu des accidents spécifiques. Plus affirmatif, Roosa les rattache à la diathèse vénérienne. Les opinions sont donc bien partagées à ce sujet.

Pour notre part, nous croyons qu'à l'oreille comme dans le reste du corps, des exostoses de croissance peuvent se développer. Dans certains cas même, elles sont héréditaires : ainsi nous connaissons une famille dont nous avons pu examiner tous les membres de trois générations, et chez tous, du côté maternel, nous avons constaté une série d'exostoses tant sur les extrémités que sur le corps, quelques-uns même en présentaient sur le maxillaire et sur les parois du conduit auditif. Il est aussi hors de doute que des exostoses peuvent se développer consécutivement à une ostéo-périostite, à plus forte raison lorsque celle-ci dépend d'une maladie générale, de la syphilis en particulier.

Accidents syphilitiques du tympan.

La syphilis s'établit rarement d'emblée sur le tympan; c'est plutôt dans le cours d'une affection de l'oreille externe ou de l'oreille moyenne qu'on voit s'y développer des accidents auxquels nous laisserons les noms de lésions par propagation pour les distinguer des autres, que nous nommerons altérations primaires.

I. *Altérations primaires.* — Nous ne connaissons aucun cas de chancre du tympan. Le siège profond de cette membrane la met à l'abri des modes ordinaires de contagion. Si jamais un chancre apparaît sur le tympan, il est plus que probable qu'il sera dû au contact d'un instrument mal entretenu.

Les manifestations des accidents secondaires sur la membrane tympanique ne sont pas non plus très fréquents, ou du moins n'ont pas été observés souvent. On voit alors se développer, dans le cours de l'éruption syphilitique, à la surface de la peau, de petites papules d'un brun foncé, de la dimension d'un grain de millet, qui sont le plus souvent solitaires et affectent de préférence le cercle tympanal (Triquet). Bruncher a signalé aussi l'existence d'une papule siégeant à la jonction de la paroi postérieure du conduit avec le bord de la circonférence du tympan, qui d'ailleurs était sain.

Ces papules coïncident en général avec l'existence de celles du conduit : c'est dire que l'on observe les mêmes semptômes avec une altération plus ou moins grande de l'audition suivant que la membrane est plus ou moins affectée ; mais jamais il n'y a surdité bien prononcée. Dans quelques cas, les altérations de la couche externe s'étendent aux couches profondes et déterminent une perforation du tympan. Les lésions peuvent alors envahir l'oreille moyenne (Kramer, Gruber, Triquet), détruire le marteau et produire même des complications plus graves que nous étudierons plus tard. L'ouïe est profondément altérée, parfois même complètement perdue.

Les accidents tertiaires se rencontrent bien rarement sur le tympan. Certains auteurs ont répété à tort que Ravogli, dans sa communication au Congrès d'otologie de Milan, en 1880 (1), avait observé des gommes du tympan. Rappelons que Ravogli n'a vu que 16 syphilitiques

(1) Compte-rendu officiel rédigé par E. Morpurgo, secrétaire, Trieste, 1882, p. 132.

ayant des lésions de l'oreille, dont 15 de la caisse du tympan et 1 de l'oreille externe. Ce dernier malade était atteint d'un lupus serpigineux devant être rangé, d'après Hébra, parmi les manifestations syphilitiques. « Il était » localisé, ajoute Ravogli, sur le pavillon de l'oreille, » sur la paroi postérieure du conduit et sur le promon- » toire. On voyait des *tubercules*, quelques-uns ulcérés ; » la membrane du tympan perforée montrait une de ces » végétations sur le promontoire et occupant le segment » postérieur, où se trouvait la perforation, tandis que la » partie antérieure de la membrane en était libre... Un » mois après, il y avait une amélioration notable. Cepen- » dant, le *tubercule* qui partait de la caisse résistait au » traitement... »

Après la publication du texte même de l'auteur, nous pensons qu'on nous accordera la permission de dire que jusqu'au jour où nous avons publié un cas de gommes de tympan, observé chez M. le D[r] Besnier, il n'existait aucune observation analogue (1). Notre malade présentait au devant de l'oreille droite une série de gommes de la joue ; trois autres tubercules étaient situés, l'un dans la conque, et les deux autres à l'entrée du conduit auditif sur chacune de ses parois. Sur le tympan droit, on voyait à sa partie postéro-inférieure une petite tumeur saillante, et au devant du manche du marteau une ulcération qui n'avait pas atteint la couche profonde de la membrane. Nous pûmes alors suivre le développement de la tumeur qui s'ulcéra quelques jours après pour donner issue à du pus mal lié, rougeâtre et sanieux, en laissant après elle une ulcération. Le tympan gauche présentait une perforation de sa partie inférieure. Le traitement spécifique améliora rapidement la maladie et les gommes ne tardèrent pas à disparaître.

II. *Lésions par propagation.* — Si le tympan n'est pas

(1) Observation publiée dans les Bulletins de la Société française d'otologie et de laryngologie. Séance du 3 avril 1885, t. II, f. 2, p. 176.

ordinairement le siège de lésions vénériennes primaires, il est souvent atteint par suite de l'irritation produite par les altérations syphilitiques du conduit et celles de l'oreille moyenne.

Ainsi, dans les accidents secondaires du conduit, l'inflammation s'étend vers la profondeur et empiète sur le tympan où elle attaque la couche épithéliale (Triquet). Le pourtour de la membrane ne se détache plus nettement des parois du conduit. Le tympan prend une coloration rouge foncé (Schwartze), et l'irritation envahit les couches profondes; souvent même une perforation est le résultat de ce processus pathologique.

Le traitement général et local peut amener la guérison complète de tous ces accidents, ainsi que la cicatrisation du tympan, ainsi que l'ont constaté un certain nombre d'auteurs.

Ce n'est pas le lieu ici de parler des lésions tympaniques dues aux accidents syphilitiques de l'oreille moyenne. Nous croyons préférable de les passer en revue avec les manifestations de la caisse dont le tympan forme la paroi externe.

Accidents syphilitiques de l'oreille moyenne.

L'oreille moyenne, qui comprend la caisse du tympan, l'apophyse mastoïde et la trompe d'Eustache, présente à étudier les trois ordres d'accidents vénériens, que nous avons observés à l'oreille externe.

I. — Accident primitif

C'est dans le voisinage ou sur les bords de l'orifice pharyngien de la trompe d'Eustache, qu'on rencontre le chancre dû à l'inoculation par le cathétérisme. La première observation due à E. Fournier, fut bientôt suivie d'une série de faits semblables, rapportés par MM. Lallier, Fournier, Bucquoy, Ricord, Lancereaux, Lortet, Danyau et Cullerier, Contagne, Laboulbène, etc. Ces

exemples malheureux, dont l'auteur était un médecin de l'établissement des Sourds-Muets, aujourd'hui décédé, ont valu aux otologistes parisiens en général, la réputation imméritée de donner la syphilis par le cathétérisme de la trompe d'Eustache. A diverses reprises, dans différents cours d'otologie et de laryngologie, à Vienne, nous avons entendu adresser ce reproche aux médecins français. Disons que nous avons eu l'occasion de voir deux nouveaux cas de contagion par le même procédé ; dans l'un, il s'agissait d'un jeune homme (1), et dans l'autre d'une femme de soixante-trois ans (2), qui se faisaient traiter par le même médecin.

Si jusqu'à ce jour, toutes les observations provenaient du même centre, aujourd'hui il n'en est plus de même ; c'est de l'Allemagne, de Kœnigsberg, que nous vient toute une série de faits d'inoculations produites par le cathétérisme. En effet, le Dr Burow (3) a publié récemment six cas de chancre dus à cette opération ; ces malades étaient aussi soignés par le même médecin.

Dans tous ces cas, même mode de contagion : dépôt du virus syphilitique sur la muqueuse que vient toucher le bec du cathéter introduit dans la fosse nasale jusqu'à l'orifice de la trompe d'Eustache. Généralement, l'ulcération primitive siège sur la face postérieure du pilier postérieur, sur la face supérieure du voile du palais, sur la paroi postérieure du pharynx, près de la fossette de Rosenmuller, et enfin sur les bords mêmes de l'ouverture tubaire. La plaie dont le fond est grisâtre, parfois lardacé, est recouverte d'une matière pultacée qui la fait prendre à première vue pour une syphilide secondaire, ou une plaque de diphthérie. En même temps on observe une adénite cervicale postérieure et souvent aussi un engorgement des ganglions sous-maxillaires.

(1) Pujol, De l'influence des maladies du nez et de la gorge, sur la production des maladies de l'oreille, 1884, p. 134.

(2) Baratoux, *Pathologie et thérapeutique de l'oreille.* Paris, 1881, p. 71.

(3) Burow, *Uebertragung von Syphilis durch den Tubencatheter.* In *Mon. für Ohr.*, XIX, V. p. 129.

Puis viennent les accidents consécutifs qui ne manquent pas de présenter un caractère de gravité peu commune, comme le fait remarquer avec raison le Dr Lancereaux : inflammation des muqueuses nasale et bucco-pharyngienne, syphilides cutanées, ecthyma précoce, etc., de plus, obstruction de la trompe par suite même du siège du chancre, inflammation de l'oreille moyenne, d'où bourdonnements, surdité, douleurs même et otorrhée.

Le traitement ne présente rien de particulier à signaler. Disons que pour prévenir de pareils accidents, il est nécessaire de donner à chaque malade une sonde qui ne doit servir qu'à lui seul; c'est le plus sûr moyen d'éviter tout danger. Il est inutile d'ajouter que tout instrument employé pour l'examen du pharynx ou du nez, doit être parfaitement nettoyé. Aussi avons-nous coutume de fournir à l'entrée de chaque malade, des instruments à manche de couleur spéciale, dont les uns ne servent que pour les syphilitiques. Tous ces instruments sont ensuite lavés dans une première solution de permanganate de potasse, puis dans une deuxième au subliné. Ici l'excès ne peut être nuisible.

II. — Accidents secondaires de l'oreille moyenne.

1° *Accidents consécutifs aux syphilides de la trompe.* — Si quelques auteurs ont regardé comme étant de nature spécifique tous les accidents auriculaires qui se présentaient dans le cours de la syphilis, la plupart ont jugé avec raison qu'on devait être plus exclusif à ce sujet. D'abord, peut-on donner le nom d'accidents secondaires aux modifications de l'organe de l'ouïe dues à l'obstruction de la trompe consécutive aux ulcérations de l'orifice de ce canal? Nous croyons en effet qu'ici les accidents relèvent d'une cause mécanique et n'ont aucun caractère spécial qui puisse permettre de les attribuer à la syphilis.

Benjamin Bell, Saissy, Itard, etc., avaient déjà signalé

l'obstruction de la trompe à la suite de l'inflammation chronique du pharynx en général, et des ulcères de nature spécifique en particulier. Il n'est pas rare, il est vrai, de voir autour de l'un des orifices du canal d'Eustache ou sur les parois avoisinantes du pharynx, une papule, une ulcération qui s'étend plus ou moins en surface et en profondeur, attaquant même le cartilage de la trompe (Schwartze). M. Desprès signale aussi l'existence d'une couronne de plaques muqueuses à son orifice.

Les malades ne s'aperçoivent pas toujours de la présence de ces syphilides, qui souvent passeraient inaperçues et mériteraient, d'après M. Fournier, le nom *d'ulcères larvés*, si l'on ne pratiquait pas l'examen rhinoscopique, ou si le patient ne s'apercevait pas de certains troubles de l'ouïe. En effet, avec le miroir pharyngien, on peut se rendre compte de l'état de la muqueuse, de son érosion et de sa tuméfaction. Dans les cas légers, aucun symptôme ne se manifeste du côté de l'audition, mais lorsque la pharyngite est assez prononcée pour produire une obstruction de la trompe, le malade accuse des bourdonnements intermittents ou continuels, ressemblant à un bruit de coquillages. Ces bruits subjectifs se passent généralement dans une seule oreille, mais aussi dans les deux, quand les accidents secondaires siègent aux orifices des deux trompes. L'ouïe paraît peu diminuée, car ordinairement une seule oreille est affectée, mais si celle-ci entre seule en fonction, soit que le doigt ferme la bonne, soit que la mauvaise se trouve tournée vers les interlocuteurs, le patient s'aperçoit qu'il n'entend plus aussi bien qu'autrefois. La portée de l'ouïe diminue aussi à la montre et au diapason. Ceux-ci ne sont plus entendus qu'à une assez courte distance de l'oreille.

A l'examen du tympan, on trouve les caractères de l'obstruction de la trompe : membrane rétractée, manche du marteau plus oblique, triangle lumineux rétréci, etc.

L'air ne pénètre plus aussi facilement dans la trompe

malade, soit qu'on emploie le procédé de Valsalva ou de Politzer, soit que l'on pratique le cathétérisme.

Le malade accuse aussi une sensation de plénitude dans l'oreille; sa voix résonne dans la tête, ainsi que le bruit de ses pas.

En général, l'inflammation ne reste pas limitée à l'orifice de la trompe ; elle gagne l'oreille moyenne où elle détermine les symptômes connus : bourdonnements, surdité, douleur fréquente et continuelle avec rémittence, etc. Le tympan offre aussi les caractères du catarrhe avec sécrétion séreuse ou séro-muqueuse de la caisse ou de l'inflammation aiguë purulente suivant le plus ou moins d'acuité du processus. L'inflammation purulente produit alors la perforation de la membrane, comme nous l'avons vu dans une des observations précédentes, et peut entraîner les complications habituelles de l'otorrhée. Nous ne nous arrêterons pas à l'étude de ces symptômes que nous signalerons plus loin et qui ne diffèrent nullement des complications ordinaires de l'otite purulente.

Disons toutefois que cette dernière maladie succède rarement aux ulcérations secondaires du pharynx, c'est l'inflammation chronique de la trompe et de la caisse ou encore le catarrhe qu'on rencontre ordinairement dans ces cas.

Cette affection se termine habituellement par résolution, en même temps que disparaissent les lésions pharyngées. Mais parfois les ulcérations amènent des cicatrices de la trompe qui rétrécissent ou obstruent la lumière de son canal. Ce dernier accident est certainement beaucoup plus fréquent dans les cas d'ulcérations tertiaires.

Le traitement ne présente rien de particulier à signaler, si ce n'est qu'on devra combattre l'obstruction de la trompe et l'inflammation de la caisse par les procédés ordinairement employés à cet effet (insufflation d'air, de vapeurs dans la caisse, etc.). Il faudra veiller à la cicatrisation des ulcérations, surtout si elles siègent à la face interne de l'orifice de la trompe, afin d'éviter les déformations

qui pourraient se produire; aussi ne faudra-t-il pas négliger de pratiquer de temps en temps l'examen rhinoscopique.

Si la maladie est traitée dès le début, la guérison pourra être rapide; mais il faut savoir que les récidives sont parfois fréquentes et que les soins hygiéniques ont ici une réelle importance.

BIBLIOGRAPHIE

Traité des maladies chirurgicales de l'oreille (*Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten des Ohres*), avec 129 gravures sur bois, par le prof. Dr HERMANN SHWARTZE, de Halle s/S.

Cet ouvrage qui forme la 32e livraison de la *Deutsche Chirurgie* éditée par Billroth et Luecke, contient plus qu'on ne pourrait supposer à la lecture du titre de ce travail. En effet, l'auteur ne se borne pas à décrire en détail les maladies chirurgicales de l'oreille mais il traite aussi en abrégé toute l'otiatrie. A propos de la pathologie de l'oreille externe (pavillon, conduit, tympan), moyenne (caisse, apophyse mastoïdienne) et interne, il parle des malformations, des traumatismes, néoplasmes et inflammations pouvant nécessiter l'intervention du chirurgien.

Dans le chapitre : corps étranger de l'oreille, l'auteur recommande avec ses confrères l'emploi d'injections d'eau tiède déjà recommandées par Celsus, faisant observer que les essais d'extraction avec les pinces ou autres instruments ne doivent être que rarement employés. Si le corps étranger ne peut être enlevé avec la seringue, le mieux sera d'attendre patiemment, à moins qu'il ne survienne des troubles cérébraux. Dans ces cas l'on serait autorisé à décoller le conduit cartilagineux, d'après le procédé déjà recommandé par Paul d'Egine en 660, opération à peu près sans danger et qui a toujours donné d'excellents résultats.

L'auteur parlant de la paracentèse du tympan, après avoir fait l'historique de la question, décrit en détail les indications, la manière de procéder, et le traitement ultérieur de cette

petite opération. Il fait remarquer, à propos du traitement, que, contrairement à l'avis de MM. Trœltsch et Politzer, la paracentèse faite pour des inflammations exsudatives est accompagnée dans plus d'un tiers des cas d'une réaction plus ou moins intense.

Il ne pense pas que cette différence d'appréciation vienne de ce qu'il recommande après l'opération l'emploi d'injection d'eau salée destinée à nettoyer le conduit. Car la réaction est également survenue dans des cas où ce mode de lavage n'aurait pas été employé. Il recommande donc de ne pas opérer les malades qui viennent aux consultations si le temps est mauvais; mais il approuve une opération évidemment excellente, et rappelle que ce qu'en a dit Velpeau en 1839 : « La perforation du tympan est encore à prendre rang, parmi les opérations utiles et réglées de l'art de guérir, » se trouve en effet confirmé.

Dans les cas d'anomalies de tension du tympan, le résultat est incertain. Pour ce qui concerne l'opération des synéchies, on ne peut espérer obtenir un résultat que si elles sont cordiformes, mais non en forme de plaques.

La ténotomie du tenseur du tympan, dit-il, n'a pas d'avenir si elle est faite dans les cas de rétraction du tendon dans la sclérose de la muqueuse de la caisse pour améliorer l'ouïe. Mais elle servira comme opération préparatoire pour l'excision du marteau, soit que cette dernière soit faite pour une carie de la tête du marteau ou pour une sclérose avec ankylose de l'articulation du marteau et de l'étrier.

La ténotomie du muscle de l'étrier, dit M. Schwartze, faite pour la première fois par Kessel, a été ensuite pratiquée deux fois avec succès par Urbantschitsch, et Habermann cite un cas où elle fit disparaître des bruits intermittents, vertige, pesanteur de la tête, symptômes dus à un spasme du muscle de l'étrier. Mais, d'après Pollak, cette opération est généralement suivie d'une sensibilité exagérée aux bruits forts et d'une augmentation des vertiges, ce qui, d'après l'auteur, ne doit point nous surprendre, le muscle de l'étrier étant une sorte d'appareil de sûreté contre les bruits intenses.

Un chapitre est consacré à l'excision du tympan et des osselets. Valsalva savait déjà que la destruction du tympan avec perte des osselets n'occasionnait pas de surdité, mais une simple dureté de l'oreille. Au commencement de ce siècle, on pratiquait déjà l'excision partielle du tympan pour améliorer l'ouïe; mais cette opération fut abandonnée à cause de la cicatrisation rapide et inévitable qui se produisait toujours.

Schwartze essaya l'excision du tympan avec extraction de tout le marteau dans les cas de sclérose de la caisse, où la transmission des sons était gênée par les organes situés en deçà de l'étrier. Mais le succès ne fut que temporaire, le tympan incomplètement excisé se régénérant toujours. Lucæ cite 40 cas opérés. Dans quelques-uns, l'ouïe fut améliorée, et jamais il ne constata de diminution de la faculté auditive comme conséquence de l'opération. Mais il restait une sensibilité persistante de l'organe pour les bruits intenses.

Kessel recommande de détacher le cadre cartilagineux pour éviter la régénération du tympan. Cet auteur a même essayé de faire l'excision de l'étrier après avoir trouvé chez le chien et la colombe que cette opération était supportée sans vertige, ni trouble de la coordination et que la surdité qui suivait immédiatement l'opération disparaissait une fois le trou ovale fermé par une nouvelle membrane, et une fois la périlymphe régénérée.

Malgré les résultats peu brillants obtenus par l'auteur, il croit que l'excision du tympan avec ablation du marteau est indiquée dans les cas d'ankylose de l'articulation de l'enclume et du marteau et dans les cas d'immobilité de ce dernier par suite d'une calcification du tympan. Avant l'opération, on doit faire une ponction exploratrice du tympan afin de s'assurer qu'il n'existe pas d'autres lésions rendant illusoire tout effet de l'intervention.

Dans les cas d'otite moyenne suppurée chronique avec carie des osselets et dans les cas de cholestéatome, l'excision radicale du tympan avec l'extraction du marteau et de l'enclume sont nettement indiquées (L'auteur cite quatre cas

personnels d'otorrhée avec carie, guéris par cette opération).

Il en est d emême pour les cas de cicatrisation de la trompe, une incision exploratrice indiquant d'abord que le tympan déprimé reprend sa place. L'auteur décrit ensuite la manière de pratiquer cette opération.

Il consacre une grande place aux maladies de l'apophyse mastoïde et à l'ouverture de cet os. Il a, du reste, déjà traité cette question en grande partie dans plusieurs années des *Archiv für Ohrenheilkunde* avec l'autorité d'un auteur compétent sur ce sujet.

Nous nous bornons ici à parler des indications de l'ouverture de l'apophyse mastoïde, pratiquée pour la première fois par Petit, abandonnée ensuite après quelques insuccès, et de nouveau préconisée en 1849 par Forget et par Troeltsch.

L'auteur recommande l'opération :

1° Dans l'inflammation aiguë de l'apophyse mastoïde avec rétention du pus dans ses cellules, si après l'application du froid (les réfrigérateurs de Leiter) et l'incision de Wilde, le gonflement, la douleur et la fièvre ne disparaissent pas;

2° Dans l'inflammation chronique de cet organe avec poussées congestives bien qu'il n'existe pas de danger immédiat pour la vie du sujet atteint;

3° Dans la rétention du pus ou de masses de cholestéatome ne pouvant sortir de la caisse bien que l'apophyse mastoïde soit intacte, s'il survient des symptômes cérébraux.

4° Dans les cas de névralgie dans l'apophyse osseuse, l'apophyse était intacte et sans qu'il existe de rétention de pus;

5° Comme opération prophylactique dans les otites moyennes fétides rebelles, pour faire le lavage de la caisse en arrière.

Il rejette cette opération dans les cas de cicatrisation de la trompe et de sclérose de la caisse, pour lesquelles certains auteurs la proposèrent. Il ne se sert pas du trépan; mais du ciseau creux, ce dernier n'occasionnant pas si facilement des lésions des organes voisins.

Sur 214 malades opérés par lui, l'auteur n'a eu à constater qu'environ 6 0/0 de morts.

D'après M. Schwartze, l'opération est relativement peu dangereuse, étant donné que les affections dans lesquelles on la pratique sont graves par elles-mêmes. Dans les cas où on rencontre de l'ostéo-sclérose considérable, ce qu'il est impossible de prévoir, l'opération peut échouer. Bien que dans certains cas on ne réussit pas à ouvrir les cellules, l'opération eut une influence salutaire sur le cours de la maladie.

Disons encore que le livre contient un index bibliographique, extrêmement riche pour chaque chapitre, et cependant nous oserions regretter de ne pas trouver le nom de quelques auteurs français cités dans un travail si complet et si pratique. Dr L. LICHTWITZ.

Comptes-Rendus et Mémoires du 3e Congrès international d'otologie tenu à Bâle du 1er au 4 septembre 1885, publiés par A. BURCKHARDT-MERIAN, président du Congrès.

M. Burckhardt-Merian a bien voulu réunir en un volume les communications faites au Congrès de Bâle, et dont la plupart ont déjà été analysées dans cette revue en 1884 (p. 383 et p. 423). Aussi nous bornerons-nous à attirer l'attention sur cette compilation faite avec soin et très bien agencée, facile et agréable à lire. — L'ouvrage contient quarante-cinq figures et trois planches. Nous ne pouvons que désirer voir les comptes-rendus des Congrès otologiques publiés d'une manière aussi complète. (*Bâle*, chez B. Schwabe, 1885.) Dr L. L.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX.

Abcès de la langue, suivi d'un exemple de cette affection (*Abcess of the tongue, with report of a case*), par le Dr H. KNIGHT.

La langue est un organe essentiellement musculaire et peu riche en tissu conjonctif. Ce fait explique le peu de fréquence des phlegmons et des abcès de cet organe. On n'en connaît qu'un petit nombre d'exemples.

Il est important de faire le diagnostic de cette affection car

elle peut entraîner la mort. Il est facile quand la production de l'abcès s'accompagne de phénomènes généraux, mais ceux-ci peuvent manquer, et l'on pourrait croire dans ce cas à l'existence d'une tumeur d'une autre nature. C'est ce qui eut lieu dans un cas rapporté par Vogel, dans l'Encyclopédie de Ziemssen. L'abcès avait été pris pour un squirrhe et l'on allait faire l'extirpation. La première incision fit reconnaître l'erreur.

On pourrait aussi le confondre avec une gomme. Dans certains cas une ponction exploratrice peut seule permettre d'arriver à la certitude.

L'inflammation de la langue peut amener un gonflement considérable, et produire une dyspnée alarmante, soit en soulevant en haut le voile du palais, soit plutôt en pressant sur l'épiglotte. Solis Cohen cite la glossite comme pouvant être une cause de trachéotomie. Lawrence rapporte une observation dans laquelle cette opération dut être faite. Le malade mourut et l'autopsie révéla l'existence d'un abcès de la langue.

La dysphagie peut aussi bien que la dyspnée constituer un symptôme important. Même alors que le gonflement n'a pas atteint son maximum, les mouvements de la langue sont gênés, fait qui, joint à la douleur, oppose à la déglutition un obstacle considérable.

L'étiologie des abcès de la langue est obscure. Le froid chez une personne très débilitée suffirait, d'après Bamberger, à le produire. C'est aussi l'opinion de Salter. Le D[r] Sidlo n'admet pas cette explication, il pense que le plus souvent l'abcès de la langue est un abcès par propagation. Il rapporte deux exemples à l'appui de sa thèse. Gueneau de Mussy (*Arch. Gén. de Méd.*, 1879, CXIII, 385), a donné une fort ingénieuse explication des abcès unilatéraux de la langue ou hémiglossite. Il la considère comme d'origine nerveuse et consécutive à une irritation de la corde du tympan. Cette théorie est basée sur les expériences de Vulpian, qui a démontré que l'excitation galvanique du nerf lingual produit la congestion et le gonflement de la langue, fait qui ne se pro-

duit pas si l'on sectionne tout d'abord la corde du tympan avant son union avec le lingual.

D'après Allen, la glossite unilatérale provient de la disposition des artères de la langue.

Thibierge n'admet pas la théorie de Gueneau de Mussy. Duckworth considère l'hémiglossite comme une névrose catarrhale de caractère réflexe.

Pour le traitement on doit faire usage au début de glace et de gargarismes émollients pour faire avorter l'inflammation. Plus tard on doit ouvrir l'abcès. En raison de la richesse vasculaire de la langue, il peut se produire des hémorragies considérables.

Dans la plupart des cas publiés par les auteurs, la guérison a suivi la rupture spontanée de l'abcès. Tels sont les exemples rapportés par Pooley, Annan. Mais il n'en est pas toujours ainsi; Wellanson a publié une observation dans laquelle l'abcès s'ouvrit spontanément, mais la langue conserva un volume considérable: elle reposait sur les dents et l'on dut faire porter au malade un bouclier protecteur en gutta-percha. L'auteur termine son travail par la relation d'un cas d'abcès de la langue qu'il lui fut donné d'observer et de guérir. (*The Med. Record*, 25 juillet 1885.) Dr Ch.

Rapports de l'amygdalite et de la pharyngite folliculaire avec la diathèse rhumatismale (*Association of tonsillitis and follicular pharyngitis with the rheumatic diathesis*), par le Dr Ch. Griffiths.

Il existe souvent chez les rhumatisants de l'amygdalite et de l'hypérémie pharyngée. Sur cent cas de rhumatismes (de toutes formes) l'auteur a observé cet état chez soixante malades. Il en donne les raisons suivantes :

1° Les tissus fibreux et les membranes fibro-séreuses étant attaquées de préférence par la *causa morbi* du rhumatisme (acide lactique) deviennent saturés et inoculés, pour ainsi dire, et sont pour cette cause à l'abri d'attaques ultérieures. L'acide lactique porte alors son action sur les portions de tissus pour lesquelles il a le plus d'affinité, en particulier sur la paroi fibro-musculaire du pharynx;

2° Si, comme on le suppose, l'acide lactique provient des matières amylacées qui rentrent dans la constitution des aliments, ne pourrait-on pas supposer qu'il s'en produit, pendant la déglutition, une certaine quantité qui est portée sur les orifices des amygdales, ou absorbée par les glandes pharyngées, et exerce alors une action locale toxique?

3° En raison de la fréquence des affections du cœur dans le rhumatisme est-il déraisonnable de croire que le muscle cardiaque étant affecté puisse amener des symptômes pharyngés par l'intermédiaire du sympathique et du plexus pharyngé?

Quoi qu'il en soit, le salicylate de soude et le gaïac apaisent rapidement tous ces symptômes et apportent une preuve nouvelle à la théorie de la connexion de ces maladies. *(The Brit. Med. Journ.*, 13 juin 1885.) Dr J. Charazac.

NEZ.

Déviation de la cloison des fosses nasales *(Deviation of the nasal septum)*, par le Dr J. W. Gleitsmann.

Les fosses nasales servent à l'olfaction, à la respiration, elles jouent le rôle de chambre de résonnance dans le phénomène de la phonation. Fréquemment, les conjonctivites, la fistule lacrymale sont améliorées par le traitement des affections nasales, et bien des maladies de l'oreille ont été causées par une maladie du nez. Elles sont donc importantes à connaître. En dehors des symptômes plus ou moins accentués de sténose nasale, les déviations de la cloison peuvent déterminer la déformation de la face.

Les déviations ont pour siège les deux tiers antérieurs de la cloison; la partie postérieure du vomer a toujours été trouvée intacte, sauf en dehors des cas rapportés par Grüber, Welcker, Lefferts, etc.

Les déviations de la cloison sont si fréquentes qu'une cloison parfaitement droite est plutôt l'exception que la règle. L'auteur, à ce sujet, donne le résultat des statistiques de Theile, Semeleder, Allen, Zuckerkandl, Lœwenberg, etc. C'est Mackenzie qui a fait, à ce sujet, les recherches les plus complètes : il a examiné 3,102 crânes. Sur ce nombre, 2,152

étaient suffisamment bien conservés pour qu'on pût juger de l'état de la cloison : il l'a trouvée déviée 1,657 fois, soit dans 766 0/0 des cas. Les déviations étaient plus ou moins considérables : à droite, 609 fois; 838 fois à gauche. Dans cinq cas la déviation présentait le type en *zigzag*.

Les déviations souvent se compliquent d'autres anomalies. La plus fréquente consiste dans la formation de saillies osseuses que l'on trouve le plus fréquemment situées sur la partie convexe ; une seconde, étudiée par Delavan, consiste dans l'hypertrophie du cornet moyen.

Le siège et la forme des déviations ont amené les auteurs à donner diverses classifications. Lœwenberg les distingue en horizontales, verticales, irrégulières. Ingals les divise en quatre classes, et Mackenzie compte six variétés pour les seules déviations de la portion cartilagineuse.

Des recherches de Welcker, il résulte que l'assymétrie des orbites s'accompagne fréquemment de déviations des os du nez, et celles-ci sont d'autant plus accentuées que le diamètre transverse de l'orbite du côté défléchi est plus long. Le Dr Hubbart, sur 268 crânes par lui examinés, a trouvé vingt fois la cloison considérablement déviée.

L'auteur ensuite étudie l'étiologie des déviations de la cloison. Presque toutes autrefois étaient considérées comme étant congénitales, l'opinion contraire semble aujourd'hui prévaloir. Le développement du crâne pendant l'enfance joue un grand rôle dans la pathogénie des déviations de la cloison.

Lorsque la déviation est peu considérable, les symptômes sont nuls, mais lorsqu'elle est fort prononcée, elle détruit la symétrie de la face. Les symptômes locaux sont ceux de la sténose nasale. L'examen rhinoscopique permet d'établir facilement le diagnostic.

L'auteur termine en étudiant les diverses méthodes de traitement employées par les auteurs pour remédier aux déviations de la cloison. Il recommande, en terminant, l'instrument d'Adam, modifié par Stella, dont il donne la description et qui rend de fort bons services. (*The Am. Journ. of the Med. Sciences*, juillet 1885.) Dr CHARAZAC.

Traitement des polypes du nez (*Treatment of nasal Polypi*), par le Dr French

Le Dr French recommande, comme très efficace, la poudre suivante pour le traitement des polypes du nez :

Chlorhydrate de morphine............ 0,06 cent.
Poudre de cubèbe.................... 10 gr.

A priser 5 ou 6 fois par jeur (*The med. Record*, 15 août 1885). Dr J. Charazac

Recherches d'anatomie pathologique sur l'état du nez, de la gorge et des oreilles, en cas de laryngite croupale, par le Dr Stocquart (de Bruxelles).

L'auteur donne le résultat de ses recherches après la mort sur 10 cas de laryngite croupale. Huit fois il constata des lésions sur les amygdales et huit autres fois des lésions occupant la région rétro-nasale, quatre s'étendaient jusqu'aux trompes et cinq jusqu'aux fosses nasales. Dans un de ces 10 premiers cas, il n'y avait que de l'hypérémie nasale et naso-pharyngienne; dans un autre, la région rétro-nasale présentait les lésions de l'inflammation simple avec intégrité du pharynx buccal, et enfin deux fois il trouva dans la cavité rétro-nasale des pseudo-membranes, sans troubles analogues du côté du pharynx buccal. On aurait pu considérer sur le vivant ces derniers cas, comme des exemples de « croup d'emblée », l'examen des amygdales et du pharynx buccal ne révélant l'existence d'aucune lésion pseudo-membraneuse. Cependant il n'en était pas ainsi. Aussi l'auteur pense-t-il que ceux qui admettent un « croup d'emblée », n'ont tenu compte que de l'état des parties de la gorge directement accessibles à la vue et qu'il y a lieu de rayer du cadre de la nosologie la dénomination de « croup d'emblée » (*Archiv f. Ohrenheilk.*, XXI Bd, 1 Hft). Dr L. L.

Contribution à l'étude d'un traitement mécanique de la coqueluche (*Beitræge zu einer mechanischen Behandlung des Keuchlustens*), par le Dr Sigismund Goldschmidt.

L'auteur émet l'hypothèse que dans la coqueluche il s'agit simplement d'une maladie du nez et de la cavité naso-

pharyngienne, et que les quintes de toux sont déterminées par des mucosités tombant dans le larynx, soit par aspiration ou d'après la loi de la pesanteur. Cette maladie se propage par une contagion organique se reproduisant très facilement. Le traitement conforme à cette hypothèse consisterait à faire toutes les deux heures une irrigation nasale antiseptique, et l'auteur prétend avoir eu de beaux succès surtout dans la première période de la coqueluche (*Deutsche mediz. Ztg.*, n° 61, 30 juillet 1885). Dr L. L.

LARYNX-TRACHÉE.

Crise laryngée (*léger œdème aryténoïdien et spasme intense de la glotte*) **survenue chez un ataxique consécutivement à l'admistration d'iodure de potassium,** etc., par MM. Huchard et Le Gendre.

Un homme de 53 ans atteint d'une ataxie locomotrice bien prononcée fut traité par l'iodure de potassium à titre d'essai, car l'on pensait qu'il existait une syphilis antérieure.

Après la première dose d'un gramme survint un gonflement accompagné de rougeur des paupières et des tissus périorbitaires avec un léger mal de gorge. Après quelques autres doses le mal de gorge s'accentue et bientôt apparaît aussi une dyspnée intense avec des inspirations bruyantes. La voix était enrouée et à demi éteinte.

L'examen laryngoscopique révéla un léger œdème de la région aryténoïdienne et un spasme intense des cordes vocales. Des inhalations de chloroforme ne produisirent qu'un effet momentané durant à peine quelques minutes.

La trachéotomie faite, l'œdème et le spasme de la glotte disparurent peu à peu. L'iodure de potassium qui fut plus tard reconnu impur et contenant de l'iodate et du nitrate de potasse, fut laissé de côté lorsqu'apparurent des symptômes asphyxiques.

Les auteurs croient que si l'iodure impur a occasionné l'œdème du larynx, le tabes a dû jouer un rôle comme prédisposant au spasme.

(*Annal. des mal. de l'oreille, du larynx, etc.* n° 2, mai 1885.)

Dr L. L.

Remarques sur le pronostic de la phtisie laryngée et l'influence du traitement local (*Notes on the prognosis of laryngeal phtisis, as influenced by local treatment*), par le Dr Mac Neil Whistler.

Il n'est pas de question qui intéresse à un plus haut degré les laryngologistes que celle de la phtisie laryngée. Est-elle curable?

Bon nombre de praticiens le soutiennent tout en admettant que les cas de guérison sont fort rares; d'autres, au contraire, affirment que le traitement n'a d'autre effet que de prolonger la vie du malade et de le soulager.

Tobold a observé plusieurs cas de guérison, il en rapporte deux. L'examen laryngoscopique et l'auscultation permirent de constater la guérison. Ce même auteur en outre a donné ses soins à un malade qui fut emporté, il est vrai, par les lésions pulmonaires, mais chez lequel une large ulcération de l'épiglotte s'était cicatrisée.

Stoerck croit à la guérison de la phtisie non par les médicaments, mais par les soins hygiéniques. Il ne donne que la morphine pour calmer les douleurs.

Schmidt, de Francfort-sur-le-Mein, au Congrès international de laryngologie, tenu à Milan en 1880, sur trois cent quinze malades soignés par lui en l'espace de trois ans, déclarait avoir obtenu dix-sept fois une guérison complète. Le Dr Schmidt traite ses malades par une inhalation à l'acide phénique et au baume du Pérou, des applications de créosote et de glycérine, etc. Les moyens énergiques doivent être repoussés, sauf quand il existe une infiltration considérable des tissus; il pratique alors parfois des incisions profondes (?) dans les tissus œdématiés. Il va même jusqu'à introduire une branche de ses ciseaux laryngiens dans le larynx, et l'autre dans l'œsophage, et sectionne les tissus intermédiaires. Ce traitement est inoffensif, d'après Schmidt; c'est possible, mais nous ne voudrions pas en user.

Heintze considère la guérison comme excessivement rare. Krishaber ne croit pas à l'influence du traitement pour la guérison de la tuberculose laryngée.

Rossbach, de Wurtzbourg, au contraire, ne considère la

phtisie laryngée comme incurable que dans les périodes avancées de la maladie. Au début, l'hygiène et le traitement peuvent amener la guérison. Même dans les formes très graves on peut soulager beaucoup le malade par les inhalations morphinées et les incisions.

Schnitzler, Cadier, Isambert, croient à la possibilité de la guérison. Nous pouvons ajouter à ces deux noms ceux de Moure et Ducau, qui ont publié des cas de guérison de la tuberculose laryngée.

L'auteur donne ensuite les opinions des médecins anglais et américains. Entre autres, celles de Bosworth, qui croit qu'au début la maladie peut être guérie dans la majorité des cas.

Le traitement local consistant en applications directes de solutions antiseptiques, astringentes, sédatives, jointes au traitement général, constitue la méthode thérapeutique la plus rationnelle dans le traitement de la tuberculose laryngée.

Et même dans les cas très avancés où l'on ne peut entreprendre qu'un traitement palliatif, la morphine directement portée dans le larynx rendra les plus grands services. On peut porter les substances médicamenteuses dans le larynx à l'aide d'éponges ou de pinceaux, mais les malades supportent moins bien cette méthode que les pulvérisations.

L'auteur décrit et recommande un respirateur qu'il a fait construire chez Mayer et Meltzer. Cet instrument lui a rendu de très grands services. Il donne du reste le résultat de sa pratique personnelle. Sur cent cinq cas, sept fois il a vu la maladie s'arrêter et décroître au point que ses malades ont pu se considérer comme guéris. Dans tous les cas, le traitement retarde beaucoup la marche de l'affection. A l'appui de sa thèse il rapporte plusieurs observations auxquelles nous renvoyons le lecteur, et conclut que le pronostic de la tuberculose, tout en étant très grave, n'est pas absolument fatal. (*The med. Times*, 13 et 20 juin 1885.) Dr CHARAZAC.

Sténose laryngée, congestion des poumons (*Laryngeal stenosis congestion of the lungs*), par le Dr WINTERS.

A la Société d'anatomie pathologique de New-York, le Dr Winters présente les poumons d'un enfant d'un an et huit

mois. A l'examen, il avait constaté, lorsque l'enfant lui fut apporté, des fausses membranes diphtéritiques recouvrant les piliers, les amygdales et une grande partie du pharynx. Il mourut asphyxié quelques jours après. A l'autopsie, on constate une congestion considérable des poumons ; à la section. du muco-pus s'écoule de toutes les bronches, même des plus petites. (*The med. Record*, 25 juillet 1885.) Dr Ch.

Manifestation laryngée de l'ataxie locomotrice. (*Laryngeal disease in locomotor ataxy*), par MM. les Dr Ord et Semon.

A la Société de Médecine de Londres, MM. les Dr Ord et Semon présentent un malade atteint d'ataxie locomotrice qui présentait une paralysie bilatérale incomplète des dilatateurs de la glotte. Le Dr Semon dit que même dans l'inspiration forcée l'orifice glottique s'ouvre difficilement ; si un pareil degré de sténose s'était produit subitement la gêne respiratoire eût été extrême. La voix, la respiration ne présentaient pas de gêne notable. La paralysie s'était produite progressivement et n'était pas si considérable au premier examen qu'au moment de la présentation du malade. Semon pense que la paralysie des nerfs laryngiens est plus commune chez les ataxiques qu'on ne l'a écrit jusqu'à ce jour. (*The British Med. Journ.*, 4 avril 1885.) Dr Charazac.

Thyrotomie dans un cas de papillome du larynx (*Thyrotomy for papilloma of the larynx*), par le Dr Bennet May.

A la Société médicale du Midland, M. le Dr Bennet May présente un enfant de trois ans chez lequel il a pratiqué avec succès la thyrotomie pour un cas de papillome du larynx. A la suite de l'opération, la dyspnée, la toux disparurent et la voix redevint libre.

Il serait bon de revoir l'enfant plus tard et de savoir s'il ne surviendra aucun accident au moment de la puberté, par exemple. (*The Lancet*, 6 juin 1885.) Dr Ch.

La sténose laryngée peut-elle amener l'hyperhémie pulmonaire? (*Does laryngeal stenosis cause pulmonary hyperemy*), par le Dr Van Santvoord.

L'auteur conclut ainsi : 1° une obstruction complète ou à peu près complète des voies aériennes, peut donner lieu à l'hyperhémie pulmonaire; 2° la sténose de la trachée ou du larynx, ne donne pas lieu directement à l'hyperhémie du poumon, mais amène une surdistension de cet organe, l'emphysème et l'anémie; secondairement, le cœur, perdant de sa force, on voit la congestion du poumon; 3° la pneumonie qui parfois vient compliquer le croup, et une pneumonie catarrhale, qui se développe par propagation de l'inflammation. Le croup n'agit, dans son évolution, que d'une façon indirecte, la sténose trachéale empêchant les sécrétions bronchiques d'être évacuées librement.

Les raisons qui précèdent sont les seules qui peuvent justifier une trachéotomie précoce dans le croup, mais le danger de la congestion pulmonaire, splénisation et œdème, survenant par suite de l'obstruction, n'est pas, d'après l'auteur, une raison suffisante pour justifier cette opération. Cet article est une réponse à un travail du Dr Winters, que nous avons analysé il y a quelque temps déjà. (*The med. Record*, 4 juillet 1885.)

Dr J. Charazac

De la trachéotomie dans les cas d'hydrophobie (*On tracheotomy in cases of hydrophobia*), par le Dr Pitt.

Le Dr Norman Chevers, dans un travail récent, a soutenu que, chaque fois qu'un individu mordu par un chien enragé montre les symptômes d'hydrophobie, on doit lui ouvrir la trachée. L'auteur combat cette opinion. Il fait observer que dans ces cas, il n'existe pas un spasme des muscles constricteurs du larynx, mais bien des abducteurs. A l'appui de sa thèse, il cite les opinions de Niemeyer, Gowers Watson, etc. On a pratiqué la trachéotomie chez le chien sans résultats. (*The med. Times*, 20 juin 1885.)

Dr J. Charazac.

Cas de mort par asphyxie déterminée par la plaque d'un dentier engagé dans la trachée, par le Dr Louise Blum.

L'auteur passe en revue les principaux exemples de corps étranger des voies aériennes rapportés dans la littérature médicale. Il en signale une observation qui lui est personnelle. La malade, âgée de vingt-cinq ans, au cours d'une fièvre paludéenne à type rémittent, fut prise d'un accès de suffocation et mourut. Elle avait pendant son sommeil avalé son dentier. A l'autopsie, on le trouva engagé dans la partie supérieure de la trachée, où il était si fortement implanté que l'on dut faire un effort pour l'arracher. L'examen de la rate justifia le diagnostic de fièvre paludéenne. (*The Med. and Surg. Rep.*, 18 juillet 1885.) Dr Ch.

Trachéocèle, relation d'un cas de cette affection. (*Tracheocele, with the history of a case*), par le Dr Fletcher Ingalls.

La trachéocèle est une maladie rare, elle est plus fréquente chez l'homme que chez la femme, elle est souvent congénitale. On n'en connaît pas les véritables causes; peut-être pourrait-on l'attribuer à un travail exagéré des muscles expirateurs.

La trachéocèle amène parfois des troubles de la respiration et de la voix. Dans l'exemple suivant on ne put constater aucun trouble. L'auteur l'a observé chez un homme de 44 ans atteint de bronchite chronique et d'emphysème. Il présentait une tumeur de forme irrégulièrement hémisphérique, ayant le volume de la moitié d'un œuf de poule. Cette tumeur, située à la partie antérieure de la portion supérieure de la trachée, forme élastique, se mouvait de haut en bas pendant la déglutition. La pression ne diminuait pas son volume, mais lorsque le malade faisait un effort expiratoire, la bouche et le nez fermés, la tumeur acquérait le volume d'une petite orange. Dans cet état, elle présentait à la percussion une résonnance franchement tympanique (*The Med. Record*, 4 avril 1885).

Dr Charazac

La trachéotomie dans le croup et la diphtérie (*Tracheotomy in croup and diphtheria*), par le Dr Kennedy Jones.

L'auteur étudie les indications de la trachéotomie et cher-

che à déterminer le moment le plus opportun pour une intervention. D'ordinaire, le médecin ne se détermine à une intervention que lorsque tout espoir est absolument perdu; il opère alors, et le plus souvent le malade meurt immédiatement ou quelques heures après l'opération. Le médecin se retire alors satisfait d'avoir épuisé toutes les ressources de l'art, mais devenu un violent ennemi de la trachéotomie. Le D[r] Kennedy condamne cette manière d'agir. La trachéotomie dans le croup et la diphtérie doit être pratiquée de bonne heure et plus fréquemment qu'on ne l'a fait jusqu'ici. Il est du devoir du médecin d'opérer toutes les fois que la sténose laryngée est considérable, l'infection générale peu marquée, et les forces du malade suffisamment conservées. Tout délai diminue les chances de succès. Toutes les statistiques démontrent que le nombre de guérisons est d'autant plus grand que l'opération a été faite plus tôt.

Sur 4,663 cas opérés à Paris, à l'hôpital des enfants, on a eu 13,91 0/0 de guérisons. A l'hôpital de Londres, 27,5 0/0 et le D[r] Solis Cohen, de Philadelphie, sur 166 cas de trachéotomie, a obtenu 110 guérisons. Si l'opération avait été faite plus à bonne heure, il est certain que le nombre des succès eût été plus considérable.

L'auteur termine cet article en décrivant la façon dont la trachéotomie doit être faite. (*Mississipi Valley Med. Month.*, 10 avril 1885.) D[r] J. CHARAZAC.

OREILLES.

Vertiges auriculaires par secousse du tympan dans l'action de se moucher, par le D[r] BOUCHUT.

Une petite fille de dix ans éprouvant quelques bourdonnements dans l'oreille gauche au moment où elle se mouchait, fut prise tout à coup de demi-perte de connaissance avec mouvements convulsifs assez accentués des membres supérieurs. Cette crise durait une demi-minute environ et se repétait chaque fois qu'elle se mouchait. Après huit jours les crises apparaissaient même spontanément. Un auriste consulté cons-

tata un bouchon de cérumen crétifié. Celui-ci enlevé, les crises ne revinrent plus. (*Paris Med.*, n° 31, 1er août 1885.)

Maladies de l'oreille produites par les bains de mer (*Malattie del' orecchio prodotte dai bagni di mare ed i mezzi per prevenirle*, par F. Bobone.

L'auteur arrive à ces conclusions intéressantes :

1° Les bains de mer sont quelquefois cause de maladies de l'oreille assez sérieuses.

2° Ces maladies sont pour la plupart dues à l'entrée de l'eau dans le conduit auditif externe et se présentent surtout chez les individus qui plongent ou ont l'habitude de nager entre deux eaux.

3° L'otite externe et la myringite prédominent en forte proportion.

4° L'otite moyenne purulente se rencontre assez fréquemment comme suite des bains de mer, mais souvent elle est consécutive à la myringite.

5° L'otite moyenne purulente primaire consécutive à l'entrée de l'eau dans la caisse tympanique par la trompe d'Eustache est des plus rares.

6° Plonger et nager entre deux eaux sont des exercices inutiles et périlleux et devraient être absolument déconseillés aux baigneurs, surtout à ceux qui ont les oreilles déjà malades.

7° Les irrigations d'eau de mer dans le conduit auditif externe, recommandées encore même aujourd'hui par certains praticiens sont irrationnelles et ne peuvent que faire plus de mal que de bien.

8° Deux tampons de coton, introduits dans le conduit auditif externe avant d'entrer au bain protègent contre la plupart de ces accidents. (*Boll. del. Mall. dell' orecchio, etc.*, n° 4, juillet 1885.)

Le calomel dans le traitement de l'otorrhée (*Calomel in the treatment of otorrhea*), par Gottstein, de Breslau.

L'acide borique est un antiseptique très faible et dans bien des cas d'otorrhée insuffisant. On a essayé l'iodoforme qui ne

réponq guère au but que l'on se propose et le sublimé ordinairement uni à l'acide borique. L'auteur a obtenu des résultats bien supérieurs en combinant le calomel et le sublimé. Le calomel a déjà été employé en insufflations dans des cas d'otite purulente, mais il est considéré comme astringent, et non comme antiseptique.

Voici quelle est la méthode de l'auteur. On injecte une solution faible de sublimé dans l'oreille, on chasse le pus par une insufflation de Politzer, on insuffle du calomel et on ferme l'oreille avec du coton. On pourrait attribuer le succès, remarquable, d'après l'auteur, aux injections de sublimé mais, on obtient le même résultat en employant d'autres injections. L'auteur glisse trop légèrement sur cette partie cependant essentielle de son travail. En effet, il ne semble pas que le calomel ait été employé à l'exclusion de tout autre agent et on ne voit pas très bien comment le calomel insoluble peut agir; l'auteur l'explique par la transformation du calomel en présence des chlorures du pus en sublimé qui, à l'état naissant, aurait une action très énergique; il mit dans l'oreille du sel marin afin de favoriser cette action. Les analyses chimiques qui furent faites ont été négatives et les preuves que donne l'auteur en faveur de son opinion ne reposent sur aucune base expérimentale. La question fort intéressante pourrait facilement être étudiée dans ce sens, grâce à la précision des procédés de recherche du mercure et à la facilité que nous possédons de mesurer l'action antiseptique des agents thérapeutiques. Le problème de l'utilité du calomel dans le traitement des otorrhées a donc été posé par le Dr Gottstein, mais non résolu. (*Archives of otology*, décembre 1884.)

P. Garnault.

Affection double du labyrinthe, après la scarlatine traitée avec succès par des injections hypodermiques de pilocarpine (*A case of double labyrinthine disease after scarlatina; favorably affected by hypodermatic injections of pilocarpin*), par le professeur Moos d'Heidelberg.

Un écoulement abondant accompagné d'une surdité absolue pour tous les sons transmis, soit par l'air, soit par les os, fut

observée chez une enfant de sept ans, à la suite d'une fièvre scarlatine grave. On institua contre la suppuration un traitement à l'acide borique, et pour obtenir la résorption des exsudations du labyrinthe, on employa la pilocarpine de la façon suivante :

Chlorhydrate de pilocarpine. . .	0,02
Eau distillée.	2,00

Injection hypodermique de dix gouttes chaque jour; on avait déjà constaté une légère amélioration du côté gauche avant l'emploi de tout traitement, cependant l'auteur n'hésite pas à attribuer à la pilocarpine l'amélioration qui se produisit chez la jeune malade, et il conseille la pilocarpine dans les cas de surdi-mutité et d'affections des oreilles de date récente, survenues à la suite de la fièvre scarlatine. Politzer avait déjà recommandé l'emploi d'injections hypodermiques de pilocarpine, dans les cas d'affections syphilitiques récentes du labyrinthe. (*Archives of otology*, n°s 3 et 4, 1884.)

P. GARNAULT.

Portion labyrinthique du temporal, séparée par nécrose et enlevée comme un séquestre de l'oreille d'un enfant (*Specimen consisting of the whole Bony labyrinth separated by necrosis and removed as a sequestrum from a child*), par le Dr WALTER PYE.

Sur cette pièce, on voit parfaitement la cavité du tympan, les trois canaux semi-circulaires et le limaçon ; à la loupe, on voit parfaitement les détails de la lame spirale, etc. Elle provient d'un enfant de quatre ans et demi atteint d'otorrhée avec mastoïdite et paralysie faciale. Le séquestre une fois formé fut enlevé à l'aide de la gouge, tel que le présente l'auteur. Le petit malade guérit, et la paralysie faciale (chose curieuse), disparut presque complètement après l'opération. Des exemples de ce genre ont été rapportés par Toynbee qui en rapporte trois, Wilde, Voltolini, etc. Mais en somme on doit les considérer comme fort rares (*The Brit. med. Journ.*, 13 juin 1885).

Dr J. CH.

Deux cas de surdité subite avec perte considérable de l'audition des deux côtés, provenant d'une lésion nerveuse, améliorés par les injections hypodermiques de pilocarpine (*Observation on two cases of sudden and extreme loss of hearing on both sides owing to disease of the nervous structures of the Ear; materially improved after the hypodermic use of pilocarpin*), par le Dr Thomas Barr.

Il est rare que le traitement améliore les lésions nerveuses de l'oreille. C'est pour cette raison que les deux observations qui suivent sont intéressantes et méritent d'être rapportées.

La première concerne un jeune homme de vingt-deux ans, maître d'hôtel à bord d'un paquebot. Il a contracté la syphilis six mois auparavant. Il fut pris subitement, au cours d'un voyage d'Angleterre à Montréal, de nausées, de vomissements et de vertiges très intenses. Vivant sur mer depuis longtemps, on ne peut incriminer le mal de mer. A Montréal, passant dans une rue de la ville, par une après-midi très chaude, il fut pris subitement de vertige et tomba sur le sol sans perdre connaissance. Il put cependant regagner peu après le bateau, se mit au lit et reçut les soins du médecin du bord. Jusqu'à ce moment, son audition n'avait pas été atteinte; mais le jour suivant, son oreille gauche était complètement sourde. Il entendait dans cette oreille un bourdonnement continu, semblable au bruit de l'eau qui coule. L'oreille droite, elle aussi, ne tarda pas à devenir malade et il fut bientôt absolument sourd.

A son arrivée, il fut traité par le Dr Halkel, de Glascow, qui lui fit prendre de l'iodure de potassium. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs de tête, les vertiges diminuèrent, mais la surdité resta la même. Le Dr Halkel le décide alors à entrer à l'hospice des maladies de l'oreille.

A son entrée, les perceptions crâniennes et aérienne sont abolies. Les mots criés dans son oreille ne sont pas compris. Cependant il entend quelque peu la voix à droite, bien qu'il ne puisse la comprendre. A l'examen objectif, le tympan est normal et les trompes sont libres, ses vertiges ont diminué bien qu'il ait des tendances à tomber lorsqu'il marche.

Les fonctions digestives sont troublées, la langue est sabur-

rale, il existe une constipation permanente, sa respiration est extrêmement fétide.

Traitement : Injection sous-cutanée de pilocarpine (1 centigramme pour 1 gramme) : une injection tous les deux jours pendant six jours, une tous les trois jours pendant neuf jours. Sous l'influence de ce traitement, une diaphorèse abondante s'établit. La première injection produisit un malaise et des vomissements, à la seconde le malade eut simplement des nausées. Après chaque injection, il restait pendant quelques heures au lit.

L'amélioration de l'ouïe se fit sentir dès le premier jour, et elle s'accrut progressivement. Trois semaines après son admission, il entendait de l'oreille droite une conversation tenue à voix un peu plus élevée que la voix parlée ordinaire. Il put bientôt sortir de l'hôpital et reprendre son service de maître d'hôtel à bord du steamer.

Au mois d'avril 1885, neuf mois environ après sa première attaque, l'oreille droite entendait à huit pouces une montre normalement entendue à quarante. L'oreille gauche n'entend pas la montre, même à la pression. Le diapason est mieux entendu à droite. L'état général est redevenu excellent.

Le second malade était un cultivateur âgé de cinquante-quatre ans, complètement sourd depuis une quinzaine de jours. Il avait dû, pour cause de maladie, abandonner pendant quelques mois ses travaux, et c'est en les reprenant que la surdité était venue subite et complète.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas de syphilis. Misère physiologique.

Surdité complète pour la voix à droite ; à gauche la voix criée est entendue, mais non comprise, le diapason sur le vertex est entendu faiblement. On constate sur chaque tympan, de petites plaques calcaires, évidemment fort anciennes et qui n'ont aucun rapport avec l'affection actuelle. *Traitement* : Injections sous-cutanées de pilocarpine.

Trois mois après le début du traitement, l'oreille droite entendait la montre à huit pouces, la gauche à un pouce. Le malade pouvait suivre parfaitement une conversation ordinaire.

L'auteur termine en recommandant la pilocarpine pour les surdités d'origines labyrinthiques récentes et survenues subitement. (*The Brit. med. Journ.*, 13 juin 1885.)

D[r] J. CHARAZAC.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche.

Arnaud (J.).— De l'hémiatrophie de la langue dans le tabes dorsal ataxique (*Thèse de Paris*, 1885, chez A. Davy).

Carlier. — Un abaisse-langue injecteur (*Soc. de thérap. de Paris*, 22 juillet 1885).

Demons. — Un cas de calcul salivaire (*Soc. d'anat. et de physiol. de Bordeaux*, 21 juillet. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, 6 sept. 1885).

Denucé. — Epithélioma de la langue. Extirpation par la méthode sus-hyoïdienne (*Gaz. hebdom. des Scienc. méd. de Bordeaux*, n° 30, 26 juillet 1885).

Dickson. — Valeur diagnostique des varicosités des veines linguales (*The Brit. med. Journ.*, 6 juin 1885).

Dombrowsky. — De l'extirpation totale de la langue (*Société des méd. de Saint-Pétersbourg*, 16 avril 1885. — *St-Petersb. Wochenschr.*, n° 32, 10 août 1885).

Duguet. — Leçon sur la tuberculose linguale (*Annales médico-chir.*, n° 6, Août 1885).

Fischer (H.). — De l'apparition de la sarcine dans la bouche et les poumons (*Deutsche Archiv f. klin. med.*, 1885).

Fletcher Ingals. — Leucoplasie buccale et linguale ou ichthyose de la langue, traitée avec succès par le galvano-cautère (*The N. Y. med. Journ.*, 25 juillet 1885).

E. M. — Grenouillette de la bourse muqueuse de Fleischmann (*Gaz. hebd. des Scienc. méd. de Bordeaux*, n° 31, 2 août 1885).

Herbert-Page. — Excision de la langue pour un épithélioma (*The Lancet*, 2 août 1885).

Jalland. — Tumeur maligne de la bouche. Excision du plancher de la bouche et d'une partie du maxillaire inférieur ; guérison (*The Lancet*, 1[er] août 1885).

Knight. — Abcès de la langue, suivi d'un exemple de cette affection (*The med. Record*, 25 juillet 1885).

Knight. — Epithélioma de la langue (*The med. Record*, 25 juillet 1885).

Kussmaul. — Les troubles de la langue. Essai sur la pathologie de la langue (3[e] édit. Leipzig, chez F. C. W. Vogel).

Mayo-Collier. — Ablation de la langue et du plancher de la bouche pour un épithélioma (*The Lancet*, 22 août 1885).

Partsch. — Un cas de langue double (*Breslauer ærztl. Zeitschr.*, n° 17, 12 sept. 1885).

Robertson. — Glossite aiguë; incision; guérison (*Brit. med. Journ.*, 5 septembre 1885).

Trélat. — Epithélioma de la langue (*Gaz. des hôpit.*, n° 87, 30 juillet 1885).

Vautrain (Clinique Gross). — Epithélioma de la langue (*Rev. méd. de l'Est*, 1er sept. 1885).

Pharynx.

Boehler. — Etude critique sur l'angine de Ludwig (*Thèse de Paris*, juillet 1885).

Boecker. — Un cas de polype naso-pharyngien (*Soc. de méd. interne de Berlin*, 30 mars 1885. — *Deutsche mediz. Ztg*, n° 30, 13 avril 1885).

Cahn (Clinique Gouguenheim). — Amygdalotomie pratiquée avec anesthésie au moyen de la solution de chlorhydrate de cocaïne au 1/20e (*Annal. des mal. de l'or.*, etc., n° 3, juillet 1885).

Fulgenzio Franch. — La galvano-caustie dans le traitement de la pharyngite granuleuse (*Bollettino delle malat. del orech.*, etc., n° 5, 1er septembre 1885).

Griffiths. — Association de l'amygdalite et de la pharyngite folliculaire avec la diathèse rhumatismale (*The Brit. med. Journ.*, 13 juin 1885).

Hartmann. — De l'opération des végétations adénoïdes dans la cavité naso-pharyngienne (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 35, 29 août 1885).

Hopmann. — Contribution à l'étude de l'opération et de la statistique des tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne (*Deustche med. Wochens.*, n° 33, 13 août 1885).

Kendall. — Le bicarbonate de soude dans l'amygdalite (*The Brit. med Journ.*, 13 juin 1885).

Kœnig. — Les maladies de la partie inférieure du pharynx et de l'œsophage, avec 13 gravures sur bois, chez Ferdinand Enke, Stuttgard, 1885).

Palmer. — Huile de foie de morue et eau de chaux contre les brûlures du pharynx (*The Practitioner*, avril 1885).

Pramberger. — De l'hyperplasie du tissu adénoïde dans la cavité naso-pharyngienne et pharyngienne (*Wiener mediz. Presse*, nos 30, 31, 26 juillet et 2 août 1885).

Roux. — Œdème suraigu suffocant de la luette (*Journ. de méd. et de Chir.*, sept. 1885).

Schiffers. — Contribution à l'étude des propriétés anesthésiques et analgésiques du chlorhydrate de cocaïne en applications sur les muqueuses pharyngienne et laryngienne (*Annal. de la Soc. méd. chir. de Liège*, 1885).

Sentinon. — Procédé nouveau pour l'extirpation des polypes naso-pharyngiens (*Gaceta med. Catalana*, 15 août 1885).

Solis Cohen (S.). — Herpès de la gorge (*The med. Record*, 11 juillet 1885).

Terrillon. — Un cas de calcul de l'amygdale (Assoc. franç. pour l'avance des sciences, XIVe session a Grenoble, 9 août 1885).

Totherick. — Cancer de l'amygdale (*The Brit. med. Journ.*, 27 juin 1885).

Nez.

Beach. — Rhinolithes (*The med. Record*, 11 juillet 1885).

Bresgen, Maximilien. — Appareil circulatoire de la muqueuse du nez au point de vue clinique (*Dentsche med. Wochenschr.*, nos 34 et 35, août 1885).

Buchalow. — Contribution à l'étude de la microchimie des organes olfactifs (*St. Petersb. med. Wochenschr.*, no 35, 31 août 1885).

Bull Stedman. — Abcès des deux sinus frontaux, opération et guérison complète (*The med. Record*, 1er août 1885).

Cartaz. — Des névroses réflexes d'origine nasale (*France méd.*, nos 89 et 90, 1er et 4 août 1885).

Creswel Baber. — Notes sur un cas de rhinolithe (*Assoc. méd. britannique*, 53e session tenue à Cardiff du 28 au 31 juillet 1885. — *Semaine méd.*, no 32, 5 août 1885).

Dalby. — Conférence sur les affections de la gorge et des fosses nasales accompagnées d'affections de l'oreille moyenne (*Lancet*, 10 janvier 1885).

French. — Traitement des polypes du nez (*The med. Record*, 15 août 1885).

Gelston (Tom). — De la cocaïne dans le traitement de l'Hay Fever (*The Lancet*, août 1885).

Glascow. — De certains troubles vaso-moteurs de la muqueuse du nez (*The N. Y. med. Journ.*, 8 août 1885).

Herzog. — La cocaïne dans les affections du nez et de la gorge (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, no 6, juin, et no 7, juillet 1885).

Horand.— De la syphilide acnéique du nez (*Annal. de dermat.*, 25 juillet 1885).

Klamann. — Des cocci-capsulaires dans la sécrétion nasale de l'ozène (*Allg. med. Centr. Ztg.*, 22 août 1885).

Mackenzie (John). — Contribution à l'etude histologique du coryza aigu et chronique (*The N. Y. med. Journ.*, 22 août 1885).

Paget. — La cocaïne dans l'Hay fever (*The Brit. med Journ.*, 27 juin 1885).

Parker (Francis). — Un cas d'anosmie dû à une sténose du méat inférieur; opération, amélioration de l'odorat (*Med. news*, 18 juillet 1885).

Robinson. — Traitement du coryza aigu (*The med. and Surg. Reporter*, 8 août 1885).

Runge. — Le nez et ses relations avec les autres parties du corps. (G. Fischer, édit. Iéna).

Schlegtendall. — Un cas d'empyème du sinus frontal chez une femme de quatre-vingt-sept ans guérie par l'opération (*Centralbl. f. Chir.*, 22 août 1885).

Schmaltz (H.). — De l'importance du traitement rhino-chirurgical de l'asthme nerveux, et d'autres symptômes réflexes (*Berl. Klin. Wockenschr.*, no 29, 1885).

Schmiegelow. — Des excoriations du nez (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, no 7, juillet 1885).

Sodman-Bull. — Abcès des sinus frontaux. Opération. Guérison (*The med. Rec.*, 1er août 1885).

Solis-Cohen (S.). — Courtes remarques sur le traitement du coryza aigu (*Philadelphia med. Times*, 8 août 1885).

Suñé y Molist. — Déformation de la narine par déviation traumatique de la portion cartilagineuse de la cloison. Guérison (*Revista de Lar., Ot.*, etc., no 3, sept. 1885).

Ziem.— Du coryza des roses (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 6, juin 1885).

Larynx.

Bessières. — Fracture du cartilage du larynx (*Thèse de Paris*, 30 mai 1885).

Beverley-Robinson. — Des inhalations antiseptiques (*The N. Y. Med. Journ.*, 18 juillet et 1er août 1885).

Cahn (Clinique Gouguenheim). — Épiglottite destructive de cause tuberculeuse ayant l'aspect d'une tumeur épithéliomateuse, etc. (*Annal. des mal. de l'or.*, etc., n° 3, juillet 1885).

Cahn (Clinique Gouguenheim). — Tuberculose pulmonaire. Laryngite ; hypertrophie excessive de la région aryténoïdienne et sus-glottique, etc. (*Annal. de mal. de l'or.*, etc., n° 3, juillet 1885).

Charazac (J.). — Étude sur l'œdème du larynx (œdème de la glotte) (*Thèse de Bordeaux*, 1er août 1885).

Chatellier. — Paralysie avec contracture de la corde vocale droite (*Annal. de mal. de l'or.*, etc., n° 3, juillet 1885).

Dessar, Léonhard (Clinique Gerhardt). — La cocaïne et son emploi dans le larynx, le pharynx et le nez (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 30, 31. — 23 et 30 juillet 1885).

Dumont J. — Œdème de la glotte survenu au cours d'une laryngite syphilitique; mort; autopsie (*La Presse méd. Belge*, 10 mai 1885).

Fischer. — De la paralysie myopathique double des abducteurs de la glotte (*Wien. med. Wochenschr.*, nos 19, 1885).

Formica-Casi. — Des relations des nerfs laryngés supérieurs avec les récurrents (*Revista de Lar., Ot.*, etc., n° 3, septembre 1885).

Garel. — Quatre cas de kystes du larynx (*Lyon méd.*, 12 avril 1885).

Girard. — Contribution à l'étude du spasme sympathique des muscles de la glotte chez les enfants (*Revue méd. de la Suisse rom.*, n° 2 et 3, 1885).

Gleitsmann. — Des hémorragies laryngées (*The Amer. Journ. of Med.*, 4 avril 1885).

Gouguenheim et Lermoyez. — De la physiologie de la voix et du chant (chez A. Delahaye et Lecrosnier, 1885).

Hall. — Fragment d'os dans le larynx. Laryngotomie, puis thyrotomie (*Med. Rec.*, 21 mars 1885).

Hofmann. — Spasme de la glotte; névrose réflexe (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 7, juillet 1885).

Hodkinson. — Ankylose de l'articulation crico-aryténoïdienne, résultant d'une périchondrite (*The Brit. med. Journ.*, 5 juin 1885).

Hope. — Œdème aigu de l'épiglotte (*The med. Record*, 15 août 1885).

Hüber. — Deux cas de paralysie du récurrent occasionnée par un anévrysme de l'aorte (*Société des méd. allemands de Riga*, 17 décembre 1884, *Saint-Petersb. Wochenschr.*, n° 31, 3 août 1885).

Klein. — La voix chez les chanteurs (*The med. and surg. Reporter*, 18 juillet 1885).

Koch. — Sur la paralysie des muscles dilatateurs de la glotte (*Bull. de la Soc. des Sc. méd.*, Luxembourg, 1885).

Lannois. — Y a-t-il un centre cortical du larynx? (*Rev. de méd.*, 10 août 1885).

Lermoyez. — Note clinique à propos d'un cas de paralysie isolée et complète du muscle ary-aryténoïdien (*Annal. d. mal. de l'or.* etc. n° 3, juillet 1885).

Lublinsky. — De l'opération des polypes du larynx avec l'éponge (*Deutsche mediz. Ztg.*, n° 70, 31 août 1885).

O'Dwyer. — Tubage du larynx (*The N. Y. med. Journ.*, 8 août 1885).

Ord and Semon. — Affection laryngée dans l'ataxie locomotrice (*The. Brit. med. Journ.*, 4 avril 1885).

Percy-Dunn. — Un nouveau pulvérisateur pour la cocaïne (*The Brit. med. Journ*,. 13 juin 1885).

Réthi. — (Policlinique Schnitzler). Queques cas de tuberculose miliaire du larynx et du pharynx (*Wien. med. Presse*, n° 37, 13 septembre 1885).

Roquer Casadesus. — Laryngite chronique superficielle produite par l'ingestion d'un liquide irritant (*Revista de Lar. Ot.*, etc., n° 3, sept. 1885).

Roquer Casadesus. — Du traitement des affections laryngées, en général (*Revista de Lar., Ot.*, etc., n° 2, août 1885).

Royera (Francisco). — Laryngite syphilitique. Nécrose de cricoïde. Trachéotomie (*Cronica med. quirurg. de la Habana*, n° 8, août 1885).

Schoetz. — Sur quelques cas de syphilis laryngée chez l'enfant (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 36, 3 sept. 1885).

Shurly (E.-L.). — Du galvanisme dans les maladies chroniques du larynx (*The N. Y. med. Journ.*, 4 juillet 1885).

Simanowsky et Beljarminow. — Emploi de la photographie pour étudier les mouvements des cordes vocales (*Russ. med.*, n° 25, 1885).

Simanowsky. — Contribution à l'étude de l'innervation du larynx (*Botkin's Klin. Wochenschr.*, n° 25, 1884).

Vattsham. — Traitement du croup (*Chicago med. Journ. and Examiner*, juin 1885).

Voltolini. — Nouvel instrument pour les opérations du larynx dans les cas où l'épiglotte est penchée en arrière (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 7, juillet 1885).

Weir James. — L'organe du langage (*The Louisville med. News*, 14 mars 1885).

Whistler Mac Neill. — Remarques sur le pronostic de la phtisie laryngée. Influence du traitement local (*The med. Times*, 13 et 20 juin 1885).

Winters. — Sténose laryngée. Congestion des poumons (*The med. Rec.*, 25 juillet 1885).

Woltering. — Œdème de la glotte. Injections sous-cutanées de pilocarpine. Guérison (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 7, juillet 1885).

Trachée.

Blum (Louise). — Un cas de mort par asphyxie déterminé par un dentier engagé dans la trachée (*The med. and. surg. Reporter*, 18 juillet 1885).

Charon. — Croup compliqué d'abcès rétro-trachéal et d'emphysème souscutané (*Journ. de méd.*, Bruxelles, sep. 1885).

Fletcher-Ingalls. — Relation d'un cas de trachéocèle (*The med. Record*, 4 avril 1885).

Koch. — Corps étranger siégeant à la bifurcation de la trachée (*Bullet. de la Soc. des Sc. méd.*, Luxembourg, 1885).

Pitt. — De la trachéotomie dans les cas d'hydrophobie (*The med. Tim*,. 20 juin 1885).

Robert. — Trachéotomie sans tube (*The Louisville med. News*, 14 mars 1885).

Schüller (**M.**).— La trachéotomie, la laryngotomie et l'extirpation du larynx, avec 22 gravures sur bois (Chez Ferdinand Enke, Stuttgard, 1885).

Trolard. — Aiguille courbe cannelée pour la trachéotomie (*Thérapeut. contemp. méd. et chir.*, nº 34, 21 août 1885).

Usiglio (G.). — Trachéotomie pour un cas de suffocation produite par un corps étranger du larynx (*Gazetta degli ospitali*, nº 72, septembre 1885).

Violi. — Un cas de croup avec trachéotomie (*Gaz. de méd. l'Orient*, Constantinople, 31 août 1885).

Willits (Mary). — Un cas particulier de mort par asphyxie, occasionné par une plaque de dents artificielles introduite dans la trachée (*The medical and surg. Reporter*, juillet 1885).

Oreilles

Baginsky, Benno. — De la physiologie des canaux semi-circulaires (*Archiv. f. Anat. u. Physiol., Physiol. Abth.*, 1885, p. 253).

Baldwin. — Deux cas de myringite aiguë guéris par la cocaïne (*The med. Record*, 4 juillet 1885).

Barr, Thomas. — Deux observations de surdité bilatérale, nerveuse ; amélioration rapide à la suite d'injections hypodermiques de pilocarpine (*Brit. med. Journ.*, 13 juin 1885).

Barth. — Tympan artificiel (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd. XXII, Heft. 3 et 4, 12 août 1885).

Baruch. — Complications auriculaires de la scarlatine (*The med. Rec.*, 25 juillet 1885).

Bernheim. — Symptômes d'apparence cérébelleuse (vertige, bruits subjectifs, surdité) guéris par suggestion hypnotique. Mort par carcinome abdominal. Petit foyer dans le noyau lenticulaire gauche (*Rev. méd. de l'Est*, nº 14, 15 juillet 1885).

Bouchut. — Vertiges auriculaires par secousse du tympan dans l'action de se moucher (*Paris Méd.*, nº 31, 1er août 1885).

Burckhardt-Merian. — Résultat comparatif de différents examens de l'organe de l'ouïe (Communication faite au 3e Congrès d'otologie) (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Bd. XXII, Heft. 3 et 4, 12 août 1885).

Bürkner. — Rapport sur les cas observés en 1884 à la policlinique d'otologie de Goettingen (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Bd. XXII, Heft. 3 et 4, 12 août 1885).

Burnett. — Relations qui existent entre l'otite moyenne catarrhale chronique et la rhinite (*Med. news*, 25 juillet 1885).

Burnett (Ch.). — Rapport sur les progrès de l'otologie (*Philadelphia med. Times*, 8 août 1885).

Chatham. — Catarrhe aigu de l'oreille moyenne et suppuration de cet organe (*Med. news*, 18 juillet 1885. Compte rendu de *Kentucky state med. Assoc.*, séances des 24, 25 et 26 juin 1885).

Cooper (Robert). — Notes sur la surdité (*The Lancet*, 27 août 1885).

Cousins-Ward. — Nouvel insufflateur, évacuateur et injecteur auriculaire (*The Lancet*, 6 juin 1885).

Cozzolino. — Audiomètre électro-téléphonique (*Bolletino delle malat. del Orech.*, etc., nº 5, septembre 1885).

Cozzolino (V.). — Quelques cas de lésions de l'apophyse mastoïde, consécutives à des maladies chroniques de la caisse (Naples, de Ruberti, éd.)

Eitelberg. — De la gangrène du pavillon de l'oreille (*Wien. med. Wochenschr.*, nº 21, 1885).

Eloy (Ch.). — Les déterminations de la fièvre ourlienne sur l'appareil auditif (*Union med.*, nº 102, 25 juillet 1885)

Foucher. — Des corps étrangers de l'oreille (*Union méd. du Canada*, nº 8, Montréal, août 1885).

Gallois. — Carie du rocher; abcès cérébral (*Soc. anat. de Paris*, 19 décembre 1884. *Progrès med.*, nº 36, 5 septembre 1885).

Gellé. — Comment agissent les pressions centripètes? Est-ce par inhibition? (*Annal. des mal. de l'or.*, etc., nº 3, juillet 1885).

Hewetson. — De l'effet immédiat produit sur l'acuité auditive par la division des cicatrices du tympan (*Assoc. méd. britannique*, 53ᵉ session, tenue à Cardiff du 28 au 31 juillet 1885. *Semaine méd.*, nº 32, 5 août 1885).

Hopmann. — Des polypes du nez (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, nº 6, juin 1885).

Keller. — Rupture des deux tympans et commotion des deux labyrinthes (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, nº 6, juin 1885).

Kessel. — De l'otorrhée et de son traitement (*Oesterr. Aerztl. Vereinsztg.*, nº 5, 1885).

Kiesselbach et **Wolffberg**. — Un cas d'affaiblissement de la vue et de l'ouïe survenus dans la première enfance, congénital, amélioré par le traitement (*Berl. Klin. Wochenschr.*, 1885, nº 15).

Kirchner. — De la pathologie des furoncles du conduit auditif externe (*Aerztl. Intelligenz.-Bl.*, nº 23, 1885).

Kœhler. — Essence de térébenthine contre les larves de mouches introduites dans l'oreille (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, nº 7, juillet 1885).

Krakauer. — Du traitement des affections suppurées de l'oreille moyenne (*Deutsche mediz. Ztg.*, nºˢ 62 et 63, 3 et 6 août 1885).

Lorenzo. — Angiome caverneux de l'oreille traité et guéri par la ligature élastique (*Rivista clinic. et terapeut.*, août 1885, nº 8).

Löwenberg. — Du traitement des suppurations mastoïdiennes sans trépanation (*Union méd.*, nº 103, 28 juillet 1885).

Lucæ. — De l'extirpation opératoire du tympan et des deux plus grands osselets dans la sclérose de la muqueuse de la caisse (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd XXII, Heft 3 et 4, 12 août 1885).

Mandelstamm. — Atrésie cicatricielle d'une oreille datant de plusieurs années; otite moyenne suppurée chronique concomitante (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, nº 7, juillet 1885).

Marian. — Rapport sur les malades atteints d'une affection de l'oreille et traités d'octobre 1882 à la fin de décembre 1884 (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd XXII, Heft 3 et 4, 12 août 1885):

Menière. — De l'emploi de l'ozonéine dans le traitement de l'otorrhée chronique (*Annal. des mal. de l'or.*, etc., nº 3, juillet 1885).

Moldenhauer. — De la statistique des affections de l'organe de l'ouïe survenues à la suite de la tuberculose pulmonaire (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, nº 7, juillet 1885).

Neumann (J.) (Clinique Gruber). — Périostite de l'apophyse mastoïde et du conduit auditif osseux (*Allg. Wien. med. Ztg.*, nº 35, septembre 1885).

Pignol. — Hallucinations de la vue et de l'ouïe, dépendant de troubles congestifs (*Encéphale*, juillet et août 1885).

Politzer. — Du procédé de Rinne (*Aerztl. Intelligenz.-Bl.*, nº 23, 1885).

Pye Walter. — Portion labyrinthique du temporal, séparée par nécrose et enlevée comme un séquestre de l'oreille chez un enfant (*The Brit. med. Journ.*, 13 juin 1885).

Roosa. — Presbycousis (*Med. Rec.*, New-York, 15 août 1885).

De Rossi. — XIIIe compte-rendu annuel de l'année 1883-1884 (Rome, 1885).

Sarron. — Compendium de l'otiatrie (Chez Abel et Comp. Leipzig, 1885).

Schmiegelow. — Premier rapport de la clinique des maladies de l'oreille, du nez et de la gorge du *Commune-Hospitals (Hospitals-Tidende,* mars 1885, Copenhague).

Schubert. — Quelques cas de mycosis d'aspergillus (*Deutsches Archiv. f. Klin. Medicin,* XXXVI Bd., p. 162).

Schwartze. — Traité des maladies chirurgicales, avec 129 gravures sur bois, (chez Ferdinand Enke, Stuttgard, 1885).

Sexton (S.). — Audition meilleure par le bruit (*The Louisville Med. News,* 15 août 1885).

Snell. — Relation des maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (*The Lancet,* 6 juin 1885).

Stacke et **Kretschmann.** — Rapport sur l'année 1884 de la Clinique d'otologie de l'Université de Halle (*Archiv. f. Ohrenheilk.,* Bd. XXII, Heft 3 et 4, 12 août 1885).

Suñié-Molist. — Les différents degrés de la surdité (*Revista de Lar., Ot.,* etc., n° 2, août 1885).

Turnbull. — Inflammation desquamative du conduit auditif externe du tympan et de l'oreille moyenne (*The med. and surg. Report.,* 16 et 23 mai 1885).

Uckermann. — Relâchement du tympan par abus du procédé de Politzer (*Norsk Magazin for Lagevidenskaben,* XIV Bd., Heft 12, p. 133).

Verdos. — La cocaïne en otologie (*Revista de Lar., Ot.,* etc., n° 2, août 1885).

Vierordt, Karl. — De l'intensité des sons et de la faculté d s corps à transmettre les sons (Édit. par le Prof. Hermann Vierordt, chez M. Laupp, Tübingen, 1885).

Voltolini. — Remarques anatomiques sur le limaçon. sur sa fonction et celle de l'organe de l'ouïe (*Virchow's Archiv.,* Bd. 100, Heft 1).

Wintrebert. — Polype de l'oreille (*Journ. des Sc. méd. de Lille,* 5 septembre 1885).

Woakes. — Du rôle de la syphilis dans certaines affections de l'oreille (*Assoc. Méd. britannique,* 53e session tenue à Cardiff, du 28 au 31 juillet 1885. — *Semaine Méd.,* n° 32, 5 août 1885).

Zuckerkandl. — De la trompe du tapir et du rhinocéros (avec deux planches), (*Archiv. f. Ohrenheilk.* Bd. XXII, Heft 3 et 4, 12 août 1885).

Varia.

Albarran. — Kyste ganglionnaire du cou (*Arch. de phys.,* 15 août 1885).

Augagneur. — Gastrotomie pour cancer de l'œsophage; mort (*Lyon méd.* p. 427, 22 mars 1885).

Baruch. — Diphtérie à la suite de la scarlatine. Complications auriculaires de la scarlatine ((*The medical Record,* juillet 1885).

Bitterlin. — Deux cas d'angine couenneuse guéris par le séjour au milieu de vapeurs antiseptiques (*Gaz. des hôp.,* 3 février 1885).

Bonsdorff. — Du traitement de la diphtérie (*Zeitschr. f. klin. Med.,* Bd VIII. sept. 5).

Chapin (Henry) et **Dwight.** — Deux cas de kyste branchiaux, avec trois figures (*The medical Record,* juillet 1885).

Chapin. — Trypsine employée pour dissoudre les fausses membranes diphtéritiques (*New-York med. Journ.,* 21 février 1885).

Cohen. — De la gastrotomie dans les rétrécissements non-cancéreux de l'œsophage (*Thèse de Paris*, 25 mars 1885).

Corivaud. — Quelques cas de diphtérie à Blaye (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1er mars 1885).

Dreier. — La papayotine dans la diphtérie (*Wratsch*, n° 15, 1885).

Forreri (Gherardo). — Causes et effets de la respiration par la bouche. Méthode rationnelle de guérison (*Lo Sperimentale*, fasc. 8, août 1885).

Folet. — Rétrécissement de l'œsophage, gàstrotomie, mort (*Bull. méd. du Nord*, n° 6, juin 1885).

Geissler. — De la cocaïne comme une anesthésique (*Schmidt's Jahrb.*, Bd. 205, n° 1).

Goldschmidt (Sigismund). — Contribution à l'étude d'un traitement mécanique de la coqueluche (*Deutsche mediz. Ztg.*, n° 61, 30 juillet 1885).

Guyot. — Cathétérisme de l'œsophage ayant déterminé la mort (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 avril 1885).

Hallez. — Cancer de l'œsophage en totalité (*Bullet. méd. du Nord*, n° 7, juillet 1885).

Hampeln. — D'un cas de carcinome de l'œsophage difficile à diagnostiquer (*Société des praticiens de Riga*, 17 avril 1885. *St-Petersb. Wochenschr.*, n° 33, 17 août 1885).

Hassel. — De l'emploi des pulvérisations dans les maladies des organes respiratoires (Londres, 1885, chez Longmans, Green et Cie).

Heusinger. — Epidémie diphtéritique à Ranguhn, en 1883 et 1884 (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 15, 1885).

Hoel. — Diphtérie toxique. Croup. Trachéotomie. Diphtérie de la plaie. Perforation de l'œsophage (*Soc. méd. de Reims*, 6 mai 1885. — *Union méd. du Nord-Est*, n° 7, 15 juillet 1885).

Keister. — Asthme spasmodique dû à une tumeur graisseuse du cou. Extirpation. Guérison (*Virginia med. Monthly*, Août 1885, n° 5).

Kramer, Folkert, N. — Du traitement radical de la diphthérie sans maladies consécutives dans le bas-âge et des moyens prophylactiques (Amsterdam, 1885, chez Scheltema et Holkema).

Kretschmann (Clinique d'otologie de l'Université de Halle). — De l'action de la cocaïne (*Archiv f. Ohrenheilk.*, Bd. XXII, Heft 3 et 4, 12 août 1885).

Kriege, H. — Suite de communications sur le traitement de la diphtérie avec le papayotine (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd. XXIII, Heft 1 et 2).

Lang. — De l'inflammation aiguë de la glande thyroïde (*The med Rec*, N. Y., 18 juillet 1885).

Laurin. — Traitement de la diphtérie (*Union méd. du Canada*, n° 8, Montréal, août 1885).

Le Fort (Léon). — Sur un cas de fistule branchiale thyro-hyoïdienne guérie par l'électrolyse (*Bullet, génér. de thérap.* n° 2, 30 juillet 1885).

Lockhart Stephens. — Du rétrécissement simple de l'œsophage (*Assoc. méd. britannique*, 53e session tenue à Cardiff du 28 au 31 juillet 1885. — *Semaine méd.*, n° 32, 5 août 1885).

Madaille. — Du traitement de la diphtérie laryngée et bronchique par les vapeurs d'essence de térébenthine goudronnée et par les pulvérisations d'acide lactique (*Marseille méd.*, 30 juin 1885).

Marchand. — Gastrostomie pour un cancer de l'œsophage (*Soc. de chir. de Paris*, 12 août. — *Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, n° 35, 28 août 1885).

Marechal. — Observation de croup traité par les fumigations de goudron de houille et d'essence de térébentine (*Soc. méd. des hôp.*, 8 avril 1885).

Martin Bernhardt. — Des relations qui existent entre le réflexe rotulien, la diphtérie et les maladies consécutives (*Virchow's Archiv*, 99 Bd., 3 Heft).

Monod et Dubar. — Kyste congénital du cou (*Soc. de chir. de Paris*, 22 juillet 1885).

Nicaise. — Cancer de l'œsophage et gastrostomie (*Sem. méd.*, nº 37, 9 septembre 1885).

Nowoski. — Diphtérie. Traitement de la fausse membrane (*Marseille méd.*, 30 juillet 1885).

Ostermayer. — Un dentier artificiel dans l'œsophage (*Deutsch. Archiv f. Klin. Medicin.* Bd XXVI).

Panas — Quelques considérations sur la pathogénie du goître exophtalmique (Leçon recueillie par le Dr Lapersonne. — *Union méd.*, nº 105, 1er août 1885).

Perotti. — Prophylaxie de la diphtérie. Nouvelle canule pour insuffler les poudres médicamenteuses (1885, Rome).

Reverdin. — Kyste hydatique de la région thyroïdienne (*Rev. méd. de la Suisse rom.* Genève, 15 juillet 1885).

Rolland. — Présentation d'un goître (*Soc. d'anat. et de phys. de Bordeaux*, 16 juin 1885).

Sauerhering. — Du traitement de la coqueluche (*Deutsche med. Wochenschr.*, nº 37, 10 sept. 1885).

Schadewald. — Des névroses du trijumeau (*Deutsche med. Wochenschr.*, nº 37, 10 septembre 1885).

Schmitz. — Du menthol et de son action (*Centralbl. f. Klin. Med.*, nº 32, 8 août 1885).

Strahan. — La cocaïne dans les affections de la partie supérieure des voies respiratoires (*The Brit. med. Journ.*, 13 juin 1885).

Terillon. — Note sur le rétablissement de la perméabilité de l'œsophage après la gastrostomie, dans les cas de retrécissement cicatriciel (*Bullet. génér. de thérap.*, nº 4, 30 août 1885).

Tyrman. — Un cas de fistule branchiale complète accompagnée d'autres vices de conformation (*Wiener med. Wochenschr.*, nº 11, 1885).

Vincenzi. — Sur la régénération partielle de la glande thyroïde (*Gazzetta degli ospitali*, 8 juillet 1885).

Volkmann. — Tuberculose des muqueuses accessibles au chirurgien (*Congrès de la Société allemande de chirurgie*, du 8 au 11 avril 1885).

Voltolini. — Sur un moyen particulier pour reconnaître les bacilles de la tuberculose (*Breslauer aerztl. Zeitschr.*, nº 15, 8 août 1885).

Weiss, Th. — Contribution à l'étude de la parotidite chronique saturnine (*Rev. Méd. de l'Est*, nº 15, 1er août 1885).

White. — Conférence d'ouverture de la section d'ophthalmologie, d'otologie et de laryngologie (*Philad. Med. News*, 9 mai 1885).

White-Hale. — Atrophie du corps thyroïde consécutive à la compression des récurrents (*Brit. med. Journ.*, 22 août 1885).

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

CROUP. — TRACHÉOTOMIE. — EXTRACTION D'UNE GRANDE FAUSSE MEMBRANE DE LA TRACHÉE ET DES BRONCHES. — MORT,

Par le Dr **Ramon de la Sota y Lastra**, de Séville (1).

J'ose espérer que vous trouverez digne d'attention l'histoire clinique que j'ai l'honneur de vous communiquer, et je serais très heureux s'il en était ainsi :

Observation. — Le 12 juillet de cette année, j'ai été appelé en consultation avec M. le Dr Sandino, auprès d'un enfant de cinq ans fort et robuste. Sept jours avant il avait pris un rhume, mais si léger qu'il n'en ressentait aucun malaise et que ses parents n'en conçurent aucune crainte. Le matin du même jour, le petit garçon s'éveilla en proie à des accès d'étouffement, avec une toux semblable à l'aboiement du chien, avec la respiration bruyante, la voix enrouée et éteinte, impossibilité d'avaler, grand gonflement du cou et fièvre intense. Les parents alarmés mandèrent leur médecin habituel, qui ne put se rendre chez eux qu'à midi. Il trouva le petit malade dans un état d'asphyxie si imminent, qu'il me fit appeler de suite; en attendant mon arrivée, il prescrivit un vomitif d'ipécacuanha.

Je trouvai l'enfant dans un état comateux; malgré un travail énergique, tous les muscles inspiratoires ne réussissaient à introduire dans les poumons qu'une quantité d'air insuffisante pour l'hématose. Le visage altéré, pâle, bleuâtre en plusieurs endroits, avait une expression d'autant plus effrayante que les paupières mi-closes laissaient découvrir seulement deux petits segments des sclérotiques. La peau était insensible et couverte d'une sueur froide, les extrémités avaient une teinte plombée. Le pouls rapide et excessivement petit dis-

(1) Communication faite à la *Société franç. d'otologie et de laryngologie*, séance du 15 octobre 1885.

paraissait avec facilité à la plus légère pression ; il était le même dans les radiales que dans les temporales. A la percussion, on obtenait un son clair dans tout le thorax et, quoique avec difficulté, on percevait partout le murmure vésiculaire. La palpation du cou révélait une grande tuméfaction dans les glandes sous-maxillaires ; en examinant la gorge, on voyait sur une muqueuse gonflée et de couleur rouge foncé, des larges plaques pseudo-membraneuses sur les piliers, et les amygdales et le pharynx.

En présence d'un pareil état, M. le Dr Sandino et moi nous comprîmes la nécessité de pratiquer sans délai la trachéotomie, s'il y avait à faire quelque chose d'efficace en un si grand péril.

Avec l'assentiment des parents et aidé par les Drs Sandino, Galligo et mon fils Jean, je procédai à l'opération à deux heures de l'après-midi, par le procédé Saint-Germain, sans qu'aucun phénomène digne d'être noté survînt pendant l'ouverture de la trachée. Je n'ai trouvé aucune difficulté dans les nombreuses trachéotomies que j'ai eu lieu de pratiquer pour introduire la canule. Mais j'avoue que dans celle que j'ai l'honneur de vous rapporter, j'en ai trouvé une très grande. J'ai perdu beaucoup de temps en tentatives infructueuses, avant d'obtenir le résultat désiré. Heureusement il n'y avait ni hémorrhagie ni risque de mort. J'ai pu parfaitement voir dans une certaine étendue la muqueuse de la trachée au moyen du dilatateur de Laborde ; elle était nette et saine.

A peine la canule a-t-elle été mise en place, qu'un changement complet s'est opéré. Le malade est revenu de son assoupissement, la face s'est animée, la sueur froide et la couleur violacée ont disparu, la sensibilité est revenue à la peau et le pouls a repris sa force.

Le petit enfant a été transporté dans son lit, après avoir été nettoyé. Il a pris du bouillon et du vin généreux, puis il a dormi doucement pendant plus d'une heure. On a établi une surveillance continuelle, on a soigné avec diligence la propreté de la canule interne, l'hygiène de la chambre, la

nourriture et la plaie. Nous avons prescrit l'huile essentielle de térébenthine pour combattre la diphtérie et pour empêcher que les fausses membranes ne s'étendissent à la trachée et aux bronches.

Pendant les trente-six premières heures, tout a bien marché. A ce moment est apparue l'inflammation de la plaie; elle s'est développée avec la plus grande rapidité et la plus grande intensité. Malgré cela, l'état général était satisfaisant, la température ne dépassait pas 38°4. Le pouls ne battait pas 100 fois. La respiration s'accomplissait avec une grande régularité, l'urine, bien qu'un peu rouge, était claire et abondante, le ventre se soulageait normalement et le sommeil était tranquille. L'enfant avait même demandé ses jouets, et il s'en était amusé pendant quelques instants.

Quarante-huit heures après l'opération, la tuméfaction inflammatoire embrassait du bord de l'os maxillaire inférieur jusqu'à la clavicule : ajoutée à celle des glandes, elle constituait un vaste engorgement. La respiration altérée, au lieu de se faire régulièrement et sans bruit, comme le matin, s'accomplissait d'une manière pénible, rapide et bruyante. La température n'avait pas augmenté; l'artère radiale battait 104 pulsations à la minute et le malade ne paraissait pas être inquiet. Le manque de relations entre les symptômes locaux et généraux m'obligea à attribuer ceux-là au phlegmon du cou. J'ai supposé que la canule n'était plus assez longue pour arriver à la trachée, qu'elle était hors du conduit aérien, quoique abouchée à la plaie de celui-ci. J'ai donc placé une autre canule plus longue. Il m'a semblé que l'enfant respirait mieux, quoique encore imparfaitement, ce qui pouvait être expliqué par l'inflammation du cou.

La nuit s'est passée relativement bien. Le lendemain matin, j'ai trouvé l'enfant dans le même état que la veille, à cela près que l'inflammation s'était étendue à la partie supérieure de la poitrine. Je n'osais pas enlever la canule, pour éviter des frottements dans la plaie, et je me suis retiré fort préoccupé du développement non interrompu de la phlogose.

A midi on m'appelle en toute hâte, me prévenant que

l'enfant ne peut plus respirer. Je me rends sans tarder auprès de lui, accompagné du Dr Gallego et de mon fils. Je suis heureux de leur témoigner ici toute ma reconnaissance pour l'assistance qu'ils ont bien voulu me prêter dans la lutte que nous avons dû soutenir pour tâcher de sauver ce pauvre petit être.

L'enfant avait perdu toute son animation, il respirait très mal, toussait fréquemment sans pouvoir rien expulser; il ne trouvait pas de position aisée dans son lit. Les symptômes épouvantables de l'asphyxie se présentaient de nouveau sur sa face. Comme la canule interne venait d'être nettoyée sans que la situation s'améliorât, je séparai la canule externe; j'allais l'examiner lorsque mon fils m'appela au secours du malade.

Celui-ci avait cessé de respirer; ses muscles extenseurs se contractèrent violemment, son visage prit une teinte violacée, un peu d'écume apparut sur les lèvres noires et les dents serrées, les yeux se fermèrent, les muscles se relâchèrent et le corps tomba inerte entre les bras de l'infortuné père. Dans un moment si solennel, j'ordonnai au Dr Gallego et à mon fils de faire la respiration artificielle, sans se laisser vaincre par la lassitude. A travers leurs mouvements, j'introduisis une autre canule trachéale. Après cinq minutes, nous étions parvenus à arracher sa proie à la mort, et nous placions sur l'oreiller la tête du pauvre enfant. Mais la respiration était aussi difficile et la toux aussi impuissante à débarrasser les voix aériennes que quand nous étions arrivés dans la chambre du malade. J'introduisis plusieurs fois, par la canule, une plume, pour stimuler la muqueuse, sans obtenir aucun résultat. Dans un de ces essais, un très petit morceau de fausse membrane est sorti entre les barbes de la plume. En vue de ce fait, mon fils m'a suggéré l'idée d'employer les pinces de Meunier pour l'extraction des fausses membranes de la trachée. Je suivis son indication, et, sans retirer la canule, pour éviter la répétition de la scène terrible dont nous venions d'être les témoins, j'introduisis les branches de la pince par l'ouverture de la canule et j'essayai de prendre ce qu'il pou-

vait y avoir dans la trachée. Après plusieurs tentatives infructueuses, je parvins à retirer un petit morceau de fausse membrane d'un demi-centimètre carré, et successivement d'autres morceaux plus petits. Bien que la respiration ne s'améliorât pas, encouragé par ces premiers succès, je continuai à introduire la pince jusqu'à ce que je vis sortir entre ses branches la fausse membrane dont le dessin, pris exactement d'après nature, est ci-joint. Immédiatement, la respiration s'est améliorée, le bruit qui accompagnait l'inspiration a disparu, la toux arrachait des mucosités sanguinolentes avec quelques petits morceaux pseudo-membraneux. Le malade put aussitôt prendre un peu de bouillon et une cuillerée de vin, et il nous fut donné de prendre un peu de repos après un aussi rude travail.

Malheureusement, l'amélioration obtenue n'a été que passagère; l'enfant a respiré assez bien depuis deux heures de l'après-midi jusqu'à six heures du soir; il a dormi un peu, pris quelque nourriture ainsi que les médicaments prescrits. Cet état de choses nous faisait concevoir quelque espoir. Nous avons dû malheureusement bientôt le perdre. Vers six heures la fièvre s'est déclarée, la respiration s'est altérée, l'agitation s'est développée. Malgré tous les moyens employés, à neuf heures du soir le thermomètre marquait 40°, le pouls battait 144 fois et le malade donnait 44 inspirations par minute. La soif était intense, l'agitation grande, l'angoisse extrême. Une sérosité muco-purulente était expulsée par une toux presque incessante et les branches de la pince, introduites par la canule, ne trouvaient rien. Le plan antiphlogistique et les révulsifs aux extrémités inférieures ont été appliqués sans réussir à arrêter le cours de la maladie. A minuit, le râle trachéal commença, le malade tomba dans le coma et cette vie, qui nous était devenue d'autant plus chère qu'elle nous avait tant fait souffrir, s'est éteinte à deux heures du matin.

Messieurs, le rapport que je viens d'avoir l'honneur de vous faire n'est qu'un récit de plus de ces scènes tragi-

ques où nous sommes à la fois acteurs et spectateurs, scènes familières malheureusement à nous tous qui



Fausse membrane enlevée de la trachée, et moulant cette dernière ainsi que la bifurcation du conduit trachéal et des premières bronches.

avons de fréquentes occasions de voir des cas de croup et qui n'hésitons pas à lutter corps à corps avec la mort,

armés de tous les moyens que la science met aujourd'hui entre nos mains.

Le cas que je vous présente diffère de tous ceux que je connais par l'extraction d'un morceau de fausse membrane aussi remarquable que celui que vous pouvez voir dans le dessin ci-joint.

Vous savez que les auteurs ne s'accordent pas à conseiller d'aller à la recherche des fausses membranes dans la trachée et les deux premières bronches. Ceux même qui indiquent cette méthode et qui l'ont mise en pratique ne citent pas un seul cas pareil à celui dont je m'occupe. Je n'en trouve qu'un qui soit jusqu'à un certain point analogue, c'est celui qu'ont publié les D[rs] Ingals et White dans le XLVI[e] volume de *The Medical News*. Ces Messieurs disent à la page 350 de ce recueil : « Enfin, quand l'opérateur avait presque perdu tout espoir et le malade presque la vie, un grand bouchon formé par une fausse membrane a été extrait des bronches. La dyspnée disparut instantanément. Je ne sache pas qu'une fausse membrane pareille à celle dont je parle ait été expulsée par les efforts naturels. Aussi je conserve celle-ci comme un spécimen que jusqu'ici l'autopsie a seule fourni.

Bien que je n'aie pas eu le bonheur de sauver mon opéré, comme les D[rs] Ingals et White, tenant égard à l'amélioration obtenue après l'extraction de la fausse membrane, je me crois autorisé à recommander l'emploi de la pince sitôt qu'on soupçonne l'existence de l'exsudat diphtérique dans la trachée ou dans les deux premières bronches.

Avant de finir, permettez-moi d'appeler votre attention sur la rapidité avec laquelle s'est formée une fausse membrane aussi grande et épaisse de plus d'un millimètre. J'avais vu la muqueuse trachéale saine et la percussion et l'auscultation m'avaient démontré que les bronches étaient saines. Aussi, ayant égard au peu de temps écoulé depuis cette constatation et les symptômes généraux faisant défaut, j'ai cru, au commencement du troi-

sième jour, que la difficulté dans la respiration devait être attribuée non à l'extension de la diphtérie, mais à l'inflammation violente des tissus du cou. Je me trouvais d'autant plus tourmenté que je considérais cette inflammation produite par les manœuvres d'introduction de la canule. La fausse membrane extraite, toisée à ses extrémités, me fit connaître que la diphtérie s'était développée dans toute la muqueuse de l'arbre aérien et que le phlegmon n'était pas la cause de la mort.

OBSERVATION DE RELACHEMENT DU TYMPAN. GUÉRISON DE LA SURDITÉ TOTALE POUR LA PAROLE, AU MOYEN DE LA BOULETTE D'OUATE,

Par le Dr **Gellé** (1).

M. X..., âgé de trente-trois ans, de bonne apparence de santé, se dit absolument sourd de l'oreille gauche depuis l'âge de sept ans, où une fièvre typhoïde grave a déterminé la suppuration des deux oreilles; celles-ci n'ont guère cessé de suppurer depuis lors. Cependant, depuis longtemps l'oreille droite est sèche et ne donne plus de sécrétion ni liquide, ni consistante ; la gauche, au contraire, est en pleine suppuration aujourd'hui encore, et le pus gargouille au fond du méat pendant l'épreuve de Valsalva. Au reste, il sent parfaitement le goût atroce de toutes les drogues que l'on a introduites dans son conduit pour guérir l'otorrhée rebelle de ce côté gauche.

Le sujet répond à la parole s'il voit parler, si l'on parle haut et tout près de l'oreille; de côté, il ne peut répondre à propos; et le dos tourné ne se doute pas qu'on lui parle.

La montre est perçue très nettement à gauche par les os crâniens, sur le front et sur l'apophyse mastoïde; mais elle

(1) Communication faite à la *Société française d'Otologie et de Laryngologie*, séance du 15 octobre 1885.

n'est pas entendue si on l'applique sur le méat auditif externe gauche.

Examen *de visu* du tympan gauche : Le méat est droit et large, croûteux et sale au fond. — Après nettoyage à sec, une couche de pus crémeux enlevée, le tympan apparaît. C'est une surface plane, verticale, d'un ton général rosâtre, un peu déprimée au centre sans godet; aucune trace de manche du marteau, ni d'apophyse externe; pas de triangle, pas de reflet, ton mat et opacité de brique partout. Au pôle supérieur, une dépression brusque, un trou noir de 3 millimètres, au niveau de la région dite membrane de Schrapnell et du cadre tympanal, autant qu'on en peut juger. La douche d'air ne modifie pas cet infundibulum, dont les bords sont coupés à l'emporte-pièce. En arrière (bord mastoïde du cadre), une petite fongosité dense, sèche, pâle, forme une saillie de quelques millimètres au bord du cadre ; en bas et en avant (région tubaire du tympan), dépression en entonnoir, pleine de pus et de bulles d'air; de là, sort un liquide muco-purulent; et l'air, dans l'épreuve de Valsalva, y soulève des bulles en gargouillant.

La douche d'air, pas plus que l'épreuve de Valsalva et le nettoyage ainsi effectué, ne produisent aucune amélioration de ce côté par la voie aérienne (sons par influence). La montre n'est pas perçue après ces manœuvres, même collée au méat. La parole n'est pas comprise quand on bouche l'oreille droite hermétiquement et que l'on parle à la gauche du sujet.

Le méat auditif est large, sec, pâle, le fond net ; le tympan est posé de face presque, très large, plan, opaque partout, mat, rouge rosé, carminé, un peu ondulé et déprimé au milieu, les bords légèrement en ourlet ; pas de traces de manche, ni de spatule, ni d'ombilic, ni de triangle lumineux, ni d'apophyse externe et de région de Schrapnell. Il n'y a pas de mouvement par Valsalva ni par la douche d'air Lévy ou Politzer. Pas de trace de perforation; pas d'issue d'air ou de liquide; à la vue aucune dépression de la région tubaire, et absence du liquide dans le sinus pré-tympanique. La montre est bien perçue sur le front et l'apophyse mastoïde à 3 centi-

mètres à peine du méat. Dans le silence du cabinet, en se plaçant auprès et sur la droite du sujet, il entend la voix, mais très confusément et sans la comprendre. La voix bien articulée, lente et sur le ton de conversation ordinaire, l'accent plus marqué peut-être, comme dans une interrogatoire n'est pas perçue, la parole n'est pas comprise; et toute conversation est impossible, même dans ce milieu silencieux. Les épreuves de Valsalva et de Politzer causent de légers craquements perceptibles à l'otoscope, mais sans rien changer à l'aspect de la membrane immobile ni modifier l'audition.

J'insiste sur ces circonstances et je précise les phénomènes pleins d'intérêt pour ce qui va suivre.

Le pharynx est large, pâle, plutôt anémique, et offre par groupes latéraux, à gauche plus qu'à droite, de rares granulations rosées, molles, anciennes, et des plaques opalines d'atrophie; derrière le voile et sur les piliers, on remarque, et surtout à gauche, l'existence de faux piliers minces, mollasses, rouges, granuleux sur les parties latérales du pharynx buccal; en bas, et vers le larynx, rien d'anormal.

La voix est légèrement enrouée par moments; et le sujet est pris alors d'une toux sèche, nerveuse, quinteuse, spasmodique, à la suite de laquelle il reste un peu d'aphonie passagère, dit-il, ou plutôt d'affaiblissement marqué de la voix. Mais le malade remarque que ces accidents cessent, disparaissent par moments, et qu'il lui semble que cela coïncide avec une amélioration franche de l'audition : s'il entend mieux il tousse moins et sa voix est moins voilée; son timbre s'améliore, et il souffre moins de son irritation de la gorge.

J'ai dit que j'avais fait le nettoyage à sec de l'oreille gauche, où la perforation donnait encore du pus, et que rien n'avait modifié l'audition de ce côté.

Il n'en fut pas de même à droite. Voulant me rendre un compte exact de l'existence d'une perforation, tant légère fût-elle, je plaçai dans le sinus pré-tympanique, et au contact du tympan droit, une petite boulette de coton, de façon à couvrir celui-ci sans cependant le refouler d'une façon sen-

sible, sans effort, dans l'intention d'éponger le fond du sinus, peu accessible aux regards. Au même moment, j'adressai doucement la parole au sujet et d'assez loin; il répondit aussitôt, et s'écria qu'il entendait très bien. La parole lui arriva forte, distincte, claire, et il répondit sans effort. A 3 mètres derrière lui, la voix ordinaire est dès lors perçue, sur tous les tons. La montre qu'il ne percevait, il y a un instant, qu'à 2 centimètres, 3 au plus, est maintenant entendue à 35 centimètres; et depuis le sujet annonce que son tic-tac n'a plus le même timbre : c'est une sensation toute différente, dit-il.

J'essayai du même moyen sur le tympan gauche, mais sans arriver à rien. A droite le résultat restait excellent. La contre-épreuve devait être faite : à l'insu du malade, qui l'eût peut-être refusé, j'enlevai le tampon d'ouate; d'ailleurs je craignais pour le tympan encore rouge et chroniquement enflammé le contact irritant de l'ouate sèche : aussitôt la parole cesse d'être comprise même de près. L'ouate, très légèrement mouillée de la salive du sujet, ou de glycérine fine neutre, étant remise de nouveau après quelques tâtonnements bien en place, la fonction est recouvrée dans toute son intégrité, au grand contentement du patient.

Un phénomène curieux accompagne cette amélioration instantanée de l'ouïe dans l'oreille droite, sous l'influence du contact de la boulette d'ouate : le timbre chevrotant de la voix se modifie; le sujet le sent et l'annonce; les quintes sont rares et l'irritation de la gorge très notablement moindre : sa voix lui semble sortir plus nette, plus assurée; et les sensations désagréables de la gorge sont aussitôt atténuées dès que l'audition redevient bonne.

Je dis : dès que l'audition redevient bonne; car le sujet a appris à enlever et à replacer la boulette d'ouate, mais il n'arrive pas du premier coup à trouver la bonne place; il tâtonne, et ne réussit pas toujours à rétablir une portée de l'ouïe aussi belle que celle que j'ai constatée le premier jour.

Sans trop savoir comment, l'amélioration franche se produit quelquefois du premier coup.

D'autres fois, par l'action du tampon d'ouate, l'audition est rendue trop vive, et le son lui semble trop bruyant et l'étourdit. L'épreuve de Valsalva effectuée pendant que l'ouate est en place, ne change rien à l'effet curatif ordinaire du tampon. J'ai observé le tympan avant et après l'apposition du tampon d'ouate, et aussi au moment même où on enlevait celui-ci : je n'ai pu constater aucune modification appréciable dans la forme ni dans la disposition des parties, absolument semblables après comme avant l'application.

Ces expériences ont été très souvent répétées par le sujet qui change sa boulette d'ouate de temps en temps et le plus souvent la replace rapidement et avec succès. L'air qui pénètre parfois en causant quelques craquements dans l'oreille, lorsque le patient se mouche fortement, ne change pas non plus le résultat heureux dû à l'application de la boulette d'ouate.

Voilà le fait observé : il est intéressant de rechercher le pourquoi de l'amélioration subite provoquée par cette ouate, et l'effet connexe sur l'irritation laryngée.

Et d'abord, quel est l'état anatomo-pathologique de l'oreille malade? A quelle lésion avons-nous affaire? La perception crânienne est excellente, et l'audition de la montre a lieu par l'air très nette, bien que la portée auditive soit très courte. C'est la transmission de la parole articulée seule qui manque totalement. De plus, la rapide façon dont cette fonction se rétablit sous l'influence de l'ouate indique qu'aucun organe n'est absolument détruit et que le nerf auditif est sensible et libre. Le tympan est manifestement épaissi, vasculaire, opaque, déformé et plan ; il a perdu sa voussure. La circulation de l'air est à peu près nulle, au moins très incomplète, et la cloison immobile n'est pas aspirée ni refoulée par les mouvements de l'air de la caisse. Les osselets ne sont pas visibles ; mais l'étrier est en place et libre puisque la perception crânienne est bonne; le marteau existe puisque le tympan

est entier. Il reste l'enclume, que la suppuration antécédente de la caisse a pu désarticuler et même faire tomber sur la paroi jugulaire de la caisse; cependant ici la suppuration tarie, le tympan conservé entier et non perforé, sont des conditions qui permettent de ne pas admettre l'existence d'une lésion aussi grave : la chute de l'enclume aurait entraîné sûrement une suppuration intarissable, et la perforation et la destruction plus ou moins grande du tissu du tympan à la suite.

Dans la caisse, qui a suppuré, il peut avoir persisté quelques-unes de ces productions fongueuses, puriformes, que l'on constate si bien quand la cloison est largement perforée : ces végétations peuvent exister à l'état indolent, gênant alors seulement par leur volume ; elles ont peut-être écarté le tympan, et maintiennent l'état de disconnexion de l'enclume et de l'étrier.

Comment agira la boulette d'ouate dans ces diverses hypothèses?

On ne voit pas trop ce que l'application d'un peu d'ouate si doucement faite à la surface du tympan, épaissi tel qu'il nous apparaît par sa forme, sa couleur et son opacité, peut bien changer à sa conductibilité pour le son.

La disconnexion de l'enclume paraît, jusqu'à un certain point, pouvoir être combattue, et la contiguité des surfaces articulaires incudo-stapédiennes rétablie par l'application de la boulette et par les petites poussées vers le dedans qui l'accompagnent, et sans doute aussi par l'excitation réflexe des contractions du tenseur. On a vu qu'en certains cas, le patient a senti l'ouïe devenir trop vive et souvent même douloureuse sous l'influence du pansement. Le relâchement du tendon et surtout du ligament tenseur de Toynbee s'ajouteraient aussi à la lésion-cause ; et la boulette agirait en s'opposant au relâchement des tissus et en réunissant les divers anneaux de la chaîne conductrice du son.

La boulette agirait de la même manière dans le cas où

des fongosités ou l'hypertrophie de la muqueuse auraient amené l'écartement des osselets.

On sait que la plus légère pression sur un tympan normal d'une oreille saine accroît dans une certaine mesure l'audition, qu'une pression un peu plus forte la fait au contraire diminuer, et qu'une pression forte sur un tympan relâché, voussuré, cause l'extinction du son crânien et produit des phénomènes réflexes : vertiges, vomissements, nausées, état syncopal, etc. Ici on conçoit que l'expérience n'ait pas été poussée jusque-là; et je dois dire que le mieux si évident obtenu a suffi au malade, que j'ai vainement attendu pour l'étudier encore. Il est probable que c'est là l'explication des tâtonnements nécessaires pour placer la boulette, et des insuccès que constate le malade; difficultés que l'on ne saurait mieux comprendre dans une autre hypothèse.

On sait dans le cas des perforations, les effets de la boulette d'ouate; et je ne rappellerai pas les théories diverses émises pour en expliquer l'action; notre observation est absolument de même ordre. D'autres observations de cette catégorie ont été faites (1), une entre autres par Menière; c'est la plus connue : il s'agit de ce magistrat qui se rendait pour un moment un peu d'audition en frappant son tympan du bout de son crayon. J'ai moi-même, il y a quelques mois, observé une dame qui « se rouvrait l'oreille en accrochant quelque chose » au fond de son conduit auditif, au moyen d'une épingle à tête de porcelaine. Le tympan, largement perforé, avait conservé le segment postéro-supérieur, sous lequel on voyait faire saillie l'étrier à nu; cette même malade avait trouvé que les instillations d'éther lui rendaient une certaine acuité auditive. Devant moi elle opéra, et il me parut que la boule de porcelaine bleue soulevait le bord du segment tympanique persistant. Cependant l'action de contact cause des réflexes sur l'appareil musculaire sans doute,

(1) de Trœltsch, Politzer, Lucæ, etc.

car comment expliquer autrement l'effet des instillations d'éther en ce cas? Ne sait-on pas que la discussion à laquelle nos savants maîtres se sont livrés à propos de l'amélioration de l'ouïe par le tympan artificiel et par la boulette d'ouate d'Yersley, a abouti à admettre surtout leur action excitante et topique sur la portion conservée de l'oreille?

Au point de vue de la guérison radicale dans les conditions anatomo-pathologiques que l'analyse de cette observation tend à démontrer, peut-être y aurait-il beaucoup à espérer de l'emploi méthodique des courants induits par la méthode de Duchenne de Boulogne.

DE LA SYPHILIS DE L'OREILLE (*suite*)

par J. Baratoux (1).

2° *Accidents directs de l'oreille moyenne.* — La syphilis peut-elle produire d'emblée des accidents dans l'oreille moyenne? Disons d'abord que nous n'en avons jamais vu et que nous ne croyons pas qu'ils aient été signalés. Mais si ces accidents sont inconnus, certains auteurs ont pensé que la caisse du tympan pourrait être atteinte plus spécialement par certaines formes d'affection qui, dans ce cas, se présenteraient avec quelques caractères spéciaux.

C'est ainsi que Leschevin avait déjà dit que dans la caisse, l'humeur pouvait s'épaissir par le vice vénérien, qu'Arnemann avait trouvé dans l'oreille moyenne des syphilitiques une matière semblable à de la craie, qu'Otto y avait constaté la présence d'une masse gélatineuse assez épaissie chez une femme qui avait eu des accidents spécifiques.

Aujourd'hui un certain nombre d'auteurs croient que la syphilis peut déterminer directement, dans l'oreille

(1) Voir *Revue*, n° 10, octobre 1885,

moyenne, un catarrhe, une inflammation purulente ou encore une otite sèche.

Le *catarrhe*, qui peut s'accompagner en même temps de symptômes anormaux du nerf auditif, se présente du huitième mois à la fin de la troisième année de la maladie. Parfois le malade n'accuse d'autre symptôme subjectif que la surdité plus prononcée en général d'un côté. Le diapason en vibration sur le crâne est mieux entendu de la bonne oreille. Comme le fait remarquer Politzer, ce signe est important, il doit faire penser à une affection vénérienne qui est généralement reconnue par d'autres accidents développés sur la peau, sur les muqueuses, etc. Il y a évidemment complication d'otite interne dans ces cas, et la syphilis semble avoir une prédilection marquée pour cette dernière partie. Que le labyrinthe soit pris ou non, le tympan a perdu son aspect grisâtre, il présente une coloration rouge foncé ou une teinte plombée ; il semble mat et infiltré (Sturgis). L'apophyse externe du manche du marteau est saillante, ainsi que les replis antérieur et postérieur; le triangle lumineux est diffus et souvent on voit au devant du manche une ligne transversale, noirâtre, qui n'est autre que la ligne de niveau de l'épanchement qui s'est fait dans la caisse(Triquet). Hedinger a signalé aussi la présence d'un exsudat dans la couche moyenne du tympan qui est injecté à la périphérie.

Il faut savoir que si la maladie est mal soignée, il peut survenir des épaississements du tympan, et des brides qui reliant entre elles les diverses parties de la caisse, produisent les obstacles sérieux au fonctionnement de l'ouïe.

Gruber a même décrit une *otite moyenne purulente* qui, survenant dans le cours des accidents secondaires, amènerait la perforation du tympan. Cette inflammation aurait pour caractère de présenter une exacerbation nocturne des douleurs, même après l'ouverture de la membrane (Sturgis). Moos a aussi vu la formation de

polypes sur la paroi labyrinthique. Il n'est pas rare d'observer dans ces cas une ostéite suppurée des osselets qui finissent par être entièrement détruits et une inflammation des cellules de l'apophyse mastoïde avec tous les accidents qui accompagnent cette affection.

Il est évident que les symptômes accusés par le malade varient avec les lésions de l'oreille moyenne ; il accusera des bourdonnements, de la douleur, de la surdité, etc., tous phénomènes plus ou moins exagérés, eu égard à l'importance des parties atteintes.

L'*otite sèche* ou *hypertrophique*, déjà signalée par Saissy comme pouvant avoir pour cause la syphilis, a été observée depuis par Gruber, Roosa et Schwartze, qui propose même de lui donner le nom de *périostite chronique* de la caisse.

Quoique généralement bilatérale, elle n'attaque que successivement les deux oreilles. Au début, le malade accuse des douleurs dans l'oreille, puis dans les régions temporale et frontale, avec exacerbations nocturnes, des bourdonnements variables qui sont comparables au bruit du chemin de fer, à celui d'une cascade, et de la surdité qui ne tarde pas à augmenter rapidement, puisqu'en quelques années la perception crânienne disparaît et l'audition devient nulle ; la voix haute est à peine entendue. Le tympan est plus ou moins concave, il est opaque et présente des reflets jaunâtres ; quelquefois il offre une teinte cuivrée (Politzer, Schwartze). Souvent il se développe en même temps de l'hyperostose des osselets, des parois de la caisse, de la trompe et de l'apophyse mastoïde, de l'ankylose de l'étrier (Gruber) et même des exsudats, des brides et des fausses membranes qui parcourent l'oreille moyenne en différents sens, reliant ainsi les osselets entre eux ou aux parties voisines. Sexton a même cru que les troubles auditifs étaient dus à la présence de granulations interposées entre les osselets au point de gêner leurs mouvements ; mais cette supposition est toute gratuite, et cette dureté de l'ouïe est due à une

complication de l'oreille interne, comme Roosa l'a démontré.

Peut-on diagnostiquer la syphilis par les seuls signes objectifs? Quelques auteurs ont donné comme caractère pathognomonique la couleur cuivré du tympan, d'autres l'infiltration de la membrane, enfin la plupart la marche rapide de la surdité. Mais on n'observe pas toujours ces signes; le plus souvent on est obligé de poser le diagnostic par la coïncidence d'accidents vénériens, par les antécédents. Il est toutefois une remarque importante qui a de la valeur : c'est que fréquemment, pour ne pas dire toujours, l'affection de l'oreille ne guérit que par le traitement général.

Ce traitement doit être mixte, mais disons que dans l'otite hypertrophique il n'a donné aucun résultat, ni à Gruber, ni à Schwartze. En effet, cette otite est tenace (Triquet); l'altération qui la constitue est difficile à guérir, ainsi que les désordres qui l'accompagnent.

Dans le catarrhe, il faudra aussi avoir recours aux douches d'air et au cathétérisme, en ayant soin de placer la tête du malade dans la position la plus favorable pour l'écoulement du liquide. Si l'on ne parvient pas à chasser ainsi la sécrétion de la caisse, on fera la paracentèse, de préférence à la partie inférieure de la membrane.

Il n'y a rien de particulier à signaler pour le traitement de l'inflammation purulente.

Dans l'otite sèche, on devra employer les injections d'iodure de potassium dans la caisse avec frictions mercurielles sur l'apophyse mastoïde, badigeonnage iodé sur le tympan et injections sous-cutanées de pilocarpine. Ce traitement nous a donné quelques résultats encourageants, chez des malades qui toutefois n'avaient pas de lésions hypertrophiques trop invétérées.

Obs. I. — B., vingt-deux ans, typographe, 19 octobre 1882. Chancre il y a huit mois. Adénopathie inguinale et cervicale ; plaques muqueuses des lèvres; rien dans le pharynx. Bour-

donnement, surdité depuis trois mois. Céphalalgie principalement frontale. Acuité auditive à la montre : 0.01 cent. à dr., et 0.02 à g. Perception crânienne bonne; diapason sur le crâne mieux entendu à dr., oreilles fermées.

Tympan rougeâtre infiltré, avec exsudation dans la caisse. Ponction : mucus. Audition 0,10 à dr. et 0.18 à g. — Après trois semaines de traitement spécifique et local par douches d'air, l'audition est de 0,90 à dr. et 1,20 à gauche.

Obs. II. — T., trente-deux ans, bijoutier, 7 avril 1883. — Syphilis il y a un ans. Roséole, plaques muqueuses aux lèvres et aux amygdales. Il y a deux mois, iritis (sirop de Gibert et atropine). Depuis, sensations d'eau dans le conduit, comme s'il avait plongé la tête dans un bain.

Actuellement perception crânienne bonne, acuité auditive, à 0,05 cent. à dr. et 1,50 à g. Diapason au vertex, mieux entendu fermé de l'oreille droite.

Tympan jaune-rougeâtre dans sa partie inférieure ; couleur grisâtre en haut ; une ligne noire transversale sépare ces deux parties. L'inclinaison de la tête fait varier le déplacement du niveau du liquide. — Pas de lésions syphilitiques de la cavité bucco-pharyngienne. Céphalée nocturne.

Traitement : Insufflation d'air qui vide la caisse en partie, puis paracentèse : liquide séreux. Sirop de Gibert et iodure de potassium. Trois jours après, formations nouvelles de liquide; insufflations d'air répétées. Guérison à la fin du mois.

Obs. III. — Pr., employé, vingt-huit ans. 2 avril 1880. — Syphilis il y a deux ans. Bourdonnements intermittents dans les deux oreilles. (Bruit de vent dans les feuilles.) Surdité augmentant principalement à gauche. Perception crânienne bonne; audition : à dr. 0,12, à g. 0,08.

Otite moyenne hypertrophique diagnostiquée déjà par leur confrère. Traitement mixte; injection d'iodure de potassium dans la caisse et injection sous-cutanée de pilocarpine (0,003 à 0,004 milligrammes, deux fois par semaine).

Après la troisième piqûre, disparition des bourdonnements

du côté gauche ; la semaine suivante, plus de bruit à droite.
En avril, audition ; 0,20 cent. à dr. et 0,13 à g.

III. — Accidents tertiaires de l'oreille moyenne

A. *Accidents consécutifs aux lésions du pharynx.* — Les accidents tertiaires de l'oreille moyenne, peuvent être consécutifs aux gommes ou aux ulcérations du pharynx, aux lésions osseuses et aux gommes de l'apophyse mastoïde et du rocher.

De même que les accidents secondaires du pharynx peuvent produire de la tuméfaction et de l'obstruction à l'orifice des trompes, de même les gommes et les ulcérations de ces régions occasionnent, par un mécanisme analogue, des altérations semblables de l'ouverture du canal d'Eustache, d'où bourdonnements, surdité, etc., symptômes de catarrhe ou d'inflammation chronique simple ou purulente de l'oreille moyenne, sur lesquels nous ne reviendrons pas.

Comme les ulcérations tertiaires ont de la tendance à envahir les tissus voisins, on observe parfois une destruction plus ou moins complète de l'orifice de la trompe et l'on aperçoit un ulcère à fond gris rougeâtre sanguinolent, recouvert de pus sanieux et fétide, et pouvant s'étendre jusque sur les bords du voile du palais dans l'angle qu'il forme avec les parois latérales du pharynx, comme nous l'observons en ce moment sur une malade qui, à la suite de gommes de la face supérieure du voile du palais et des parties voisines du pharynx a eu l'ouverture de la trompe gauche presque entièrement détruite par l'ulcération.

Il n'est pas rare de constater des lésions semblables compliquées d'une affection de l'oreille moyenne chez les malades qui présentent de vastes destructions du pharynx, comme on en voit fréquemment dans les hôpitaux spéciaux.

Radfort cite le cas curieux d'une dame qui, à la suite

de la destruction du voile du palais, des amygdales et des trompes d'Eustache, ne pouvait avaler un liquide sans qu'un partie s'en écoulât par les oreilles, ce qui prouve aussi qu'elle était atteinte de perforation du tympan.

Dans certain cas même, l'ulcération gagne le périoste et les os voisins, en détruisant le conduit osseux de la trompe et en déterminant la nécrose des parties atteintes. Une suppuration abondante et fétide accompagne ces lésions qui, si elles ne sont pas suivies de complications mortelles (méningite, hémorragie, cachexie, etc.), peuvent se réparer en produisant des cicatrices vicieuses. Celles-ci amènent à leur tour un rétrécissement ou une obstruction complète de la trompe, soit à son orifice (Lindenbaum), soit en différents points de son trajet (Itard, Urbantschitsch).

Ces lésions cicatricielles sont connues depuis longtemps. Cooper les a déjà signalées ainsi que Swiedaur qui a rapporté plusieurs exemples de surdité, à la suite de la cicatrisation d'ulcères vénériens, affectant l'ouverture des trompes. Elles peuvent prendre différentes formes : tantôt elles consistent simplement en une mince bride adhérente par ses deux extrémités aux lèvres du canal d'Eustache, laissant ainsi de chaque côté de ce tissu de nouvelle formation une ouverture par laquelle passe une sonde fine, comme nous l'avons observé ; tantôt elles forment une membrane obturant complètement l'orifice, tantôt encore le reste du pilier du voile du palais adhère lui-même à la trompe, ce qui produit des tiraillements des parties voisines et gêne aussi la phonation. M. Mauriac rapporte que dans un cas où il y avait adhérences complètes entre la paroi postérieure du pharynx, et les débris du voile du palais et de l'isthme, interceptant ainsi toute communication entre les arrière-narines et la cavité bucco-pharyngienne, le contact de l'eau froide sur la figure du malade, bouchait momentanément les oreilles. Cette surdité réflexe disparaissait

du côté gauche ; la semaine suivante, plus de bruit à droite.
En avril, audition ; 0,20 cent. à dr. et 0,13 à g.

III. — Accidents tertiaires de l'oreille moyenne

A. *Accidents consécutifs aux lésions du pharynx.* — Les accidents tertiaires de l'oreille moyenne, peuvent être consécutifs aux gommes ou aux ulcérations du pharynx, aux lésions osseuses et aux gommes de l'apophyse mastoïde et du rocher.

De même que les accidents secondaires du pharynx peuvent produire de la tuméfaction et de l'obstruction à l'orifice des trompes, de même les gommes et les ulcérations de ces régions occasionnent, par un mécanisme analogue, des altérations semblables de l'ouverture du canal d'Eustache, d'où bourdonnements, surdité, etc., symptômes de catarrhe ou d'inflammation chronique simple ou purulente de l'oreille moyenne, sur lesquels nous ne reviendrons pas.

Comme les ulcérations tertiaires ont de la tendance à envahir les tissus voisins, on observe parfois une destruction plus ou moins complète de l'orifice de la trompe et l'on aperçoit un ulcère à fond gris rougeâtre sanguinolent, recouvert de pus sanieux et fétide, et pouvant s'étendre jusque sur les bords du voile du palais dans l'angle qu'il forme avec les parois latérales du pharynx, comme nous l'observons en ce moment sur une malade qui, à la suite de gommes de la face supérieure du voile du palais et des parties voisines du pharynx a eu l'ouverture de la trompe gauche presque entièrement détruite par l'ulcération.

Il n'est pas rare de constater des lésions semblables compliquées d'une affection de l'oreille moyenne chez les malades qui présentent de vastes destructions du pharynx, comme on en voit fréquemment dans les hôpitaux spéciaux.

Radfort cite le cas curieux d'une dame qui, à la suite

de la destruction du voile du palais, des amygdales et des trompes d'Eustache, ne pouvait avaler un liquide sans qu'un partie s'en écoulât par les oreilles, ce qui prouve aussi qu'elle était atteinte de perforation du tympan.

Dans certain cas même, l'ulcération gagne le périoste et les os voisins, en détruisant le conduit osseux de la trompe et en déterminant la nécrose des parties atteintes. Une suppuration abondante et fétide accompagne ces lésions qui, si elles ne sont pas suivies de complications mortelles (méningite, hémorragie, cachexie, etc.), peuvent se réparer en produisant des cicatrices vicieuses. Celles-ci amènent à leur tour un rétrécissement ou une obstruction complète de la trompe, soit à son orifice (Lindenbaum), soit en différents points de son trajet (Itard, Urbantschitsch).

Ces lésions cicatricielles sont connues depuis longtemps. Cooper les a déjà signalées ainsi que Swiedaur qui a rapporté plusieurs exemples de surdité, à la suite de la cicatrisation d'ulcères vénériens, affectant l'ouverture des trompes. Elles peuvent prendre différentes formes : tantôt elles consistent simplement en une mince bride adhérente par ses deux extrémités aux lèvres du canal d'Eustache, laissant ainsi de chaque côté de ce tissu de nouvelle formation une ouverture par laquelle passe une sonde fine, comme nous l'avons observé ; tantôt elles forment une membrane obturant complètement l'orifice, tantôt encore le reste du pilier du voile du palais adhère lui-même à la trompe, ce qui produit des tiraillements des parties voisines et gêne aussi la phonation. M. Mauriac rapporte que dans un cas où il y avait adhérences complètes entre la paroi postérieure du pharynx, et les débris du voile du palais et de l'isthme, interceptant ainsi toute communication entre les arrière-narines et la cavité bucco-pharyngienne, le contact de l'eau froide sur la figure du malade, bouchait momentanément les oreilles. Cette surdité réflexe disparaissait

avec la sensation de froid et le phénomène était surtout accusé dans l'oreille qui était la moins malade.

Ces lésions occasionnent une surdité plus ou moins complète, des bourdonnements continuels (bruit de coquillages, de sifflements, etc.), avec douleurs assez vives et [illegible]. Il peut s'en suivre une otite [illegible] perforation du tympan. Il [illegible] constater une amélioration de [illegible] de la rupture de la membrane, car les [illegible]



moyen de la pile de Chardin. Il est préférable d'introduire ce cautère par la narine correspondante, en s'éclairant avec le miroir pharyngien; on arrive à sectionner la bride ou à y faire une ouverture. S'il y a écoulement de sang, comme nous l'avons vu dans un cas de cicatrice récente, il suffirait d'y faire une application d'une solution de chlorure de zinc pour arrêter l'hémorrhagie, Quand nous avons fait cette opération, on n'employait pas la cocaïne, aussi le contact du cautère dans le pharynx n'était-il pas supporté facilement, obstacle auquel on obvierait aujourd'hui en pratiquant quelques badigeonnages d'une solution de cocaïne au 1/20.

Lorsque le canal est rétréci ou obstrué dans son trajet, il faut employer l'electrolyse (1). Pour cela, il faut avoir à sa disposition une pile à courants continus d'une quinzaine d'éléments. Nous nous servons de la batterie de Gaiffe au chlorure de zinc et au bioxyde de manganèse. Il est indispensable de posséder un galvanomètre d'intensité divisé en milliampères qui indique à tout moment de l'électrisation, la valeur absolue du courant en milliampères. On introduit jusqu'au point rétréci de la trompe notre sonde à électrolyse composée d'un cathéter en caoutchouc traversé par une tige d'argent ou de platine que nous relions au pôle négatif de la pile, tandis que l'autre pôle se termine par une plaque de métal ou de charbon recouverte de peau de chamois ou par un gâteau d'argile, que l'on a soin de maintenir constamment mouillé. Ce dernier pôle se tient à la main ou s'applique sur l'apophyse mastoïde. On fait alors passer un courant de 4 à 5 milliampères pendant cinq minutes environ, ou plus exactement jusqu'à ce que l'on ne sente plus de résistance dans la trompe.

L'on devra aussi avoir recours au cathétérisme et au

(1) Baratoux. Appareil pour la galvano-caustique chimique de la trompe d'Eustache. *Soc. otologie*, 1884, 24 janvier.

Baratoux. De l'électrolyse de la trompe d'Eustache. *Soc. otologie*, 9 avril.

passage des bougies afin de rétablir le calibre du canal. Dans les cas où il n'y a pas de destruction du voile du palais, le cathétérisme ne présentera aucune difficulté; lorsque celui-ci sera ulcéré et détruit, l'air ne passera plus aussi facilement dans la caisse, surtout si en même temps il y a des lésions nasales prononcées. Ainsi, supposons que l'on ait à traiter un syphilitique dont le voile du palais ainsi que le vomer et une partie du nez aient été détruits, on devra lui passer la sonde par la bouche; car, par suite de la disposition du voile, l'orifice des trompes sera visible et on pourra y introduire directement le cathéter ; c'est la conduite que nous avons vu tenir au professeur Politzer dans un cas analogue.

Dans ces cas, il faut répéter fréquemment cette opération, car la destruction des muscles dilatateurs de la trompe amène un affaissement continuel de ses parois, et il sera nécessaire de suppléer continuellement à leurs fonctions par l'introduction de la sonde.

Il est quelquefois nécessaire de faire une perforation artificielle de la membrane du tympan, lorsque, par exemple, on ne peut rétablir l'orifice pharyngien de la trompe. Il est préférable de se servir du galvano-cautère pour pratiquer cette ouverture. Après avoir anesthésié le tympan par instillations de cocaïne sur les deux faces de cette membrane, on y fait une large ouverture à la partie antéro-inférieure. Nous avons remarqué qu'en pratiquant une ou deux incisions partant des bords de cette perforation et se dirigeant vers la circonférence du tympan, on parvenait à obtenir plus facilement le maintien de l'ouverture, quoique souvent le résultat ne fut que de courte durée.

B. *Accidents directs.* — Outre les accidents de l'oreille qui succèdent aux lésions du pharynx, il en est qui prennent naissance dans l'organe même de l'ouïe : telles sont les gommes de l'apophyse mastoïde ou du rocher, ou encore d'autres lésions osseuses.

Quant aux gommes de la caisse, on ne connaît que le cas de Ravogli, rapporté au Congrès de Milan. A travers le tympan perforé de son malade, on apercevait un tubercule sur le segment postérieur du promontoire; il existait en même temps d'autres manifestations du même ordre sur le pavillon de l'oreille et sur la paroi postérieure du conduit. Ce tubercule, qui résista au traitement syphilitique, dut être extirpé au moyen de la curette à bords tranchants, et être cautérisé avec une solution de nitrate d'argent à 8 0/0. La guérison fut complète.

Si ces cas ne sont pas fréquents, ou du moins s'ils paraissent être ignorés, il n'en est plus de même des lésions osseuses attaquant les diverses parties de l'oreille moyenne et même le labyrinthe. Nous étudierons ici toutes ces altérations osseuses, celles du labyrinthe exceptées.

Elles ont déjà été observées par Astruc, Valsalva, etc., et on ne les trouve qu'éparses dans les auteurs qui ont étudié les affections auriculaires ou vénériennes. Nous allons essayer d'en donner une classification qui réponde à l'état actuel de la science.

Les lésions osseuses du rocher et de l'apophyse mastoïde sont dues à une ostéo-périostite qui peut aboutir soit à l'ostéite raréfiante, soit à l'ostéite suppurée, ou encore déterminer une hyperostose généralisée ou bien une exostose. Des gommes se développent également dans l'épaisseur du tissu osseux. Autrefois on croyait qu'elles se présentaient exclusivement à la période tertiaire, mais on sait aujourd'hui qu'elles apparaissent parfois avec les accidents secondaires.

Gommes. — Tantôt elles prennent naissance à la surface du temporal, tantôt dans son épaisseur. Lorsqu'elles sont limitées à l'apophyse mastoïde, elles ne diffèrent pas des caractères ordinaires des gommes. Il faut cependant savoir qu'elles simulent quelquefois une périostite ou un carcinome, comme l'a signalé le Dr Pollak. J.-L. Petit rapporte aussi qu'ayant ouvert une gomme de l'apophyse

mastoïde, il y trouva un fragment de la table externe du temporal. En effet, les gommes occasionnent de l'ostéite raréfiante du tissu osseux.

Lorsque les gommes se développent dans l'épaisseur du rocher, elles peuvent passer inaperçues ; le malade n'accuse guère qu'une douleur vive avec exacerbation nocturne ; cependant, si la tumeur attaque une partie importante de l'ouïe, les symptômes qu'elles déterminent ne manquent pas d'en faire connaître l'existence.

Ostéite. — Que l'ostéite soit primitive ou consécutive à la gomme, le périoste gonfle, rougit ; les vaisseaux se dilatent en déterminant tous les phénomènes ordinaires de l'inflammation osseuse. Puis bientôt cet état fait place à une résorption partielle du tissu osseux (*ostéite raréfiante*) qui représente alors ce qu'on a parfois désigné sous le nom de carie sèche. Le rocher et les fosses temporales semblent rongées par les vers, ou affecter une disposition en dentelles, comme le dit le Dr A. Robin qui rapporte deux cas de carie sèche trouvée à l'autopsie de syphilitiques soignés par le Dr Fournier. Le tissu de l'apophyse, de même que celui du rocher, sont parfois tellement résorbés, qu'il n'existe plus pour ainsi dire qu'une coque mince séparant les cavités de l'oreille des parties environnantes.

Si ce processus inflammatoire, au lieu de s'étendre comme précédemment, s'apaise, l'affection peut guérir, en rendant aux canalicules osseux leur calibre primitif par formation d'ossification nouvelle. Mais celle-ci peut être exagérée et les lamelles devenant plus abondantes et plus épaisses que le tissu primitif, produisent alors l'état qu'on a appelé *ostéite condensante.* Cette hyperostose peut envahir toute l'apophyse mastoïde ou le rocher et être limitée à une seule ou à quelques parties du temporal ; dans ce cas elle reçoit le nom d'exostose.

En effet, tantôt l'apophyse mastoïde présente un développement considérable, comme Landry l'a remarqué sur le

rocher droit d'un syphilitique qui présentait des troubles auriculaires de ce côté, et comme P. Menière, Schwartze et Moos l'ont signalé, tantôt les rochers sont le siège d'ostéophytes considérables (Zuckerkandl). Dans d'autres cas, c'est la portion osseuse de la trompe qui présente un gonflement tel qu'elle est non seulement rétrécie, mais encore obstruée complètement (Itard). D'autres fois, l'hyperostose siège autour de la fenêtre ovale (Voltolini), sur le marteau (Urbantschitsch) ou sur l'enclume (Lincke). L'apophyse mastoïde est envahie par une substance dure, éburnée; il en est de même des parois des canaux qui traversent le rocher : d'où lésion de l'oreille interne ou du nerf facial qui est alors paralysé, comme on en a cité un certain nombre de cas. Tel est le fait publié par Roquette qui vit un capitaine au cabotage, ayant eu la syphilis en 1844, être atteint dix ans après de paralysie faciale par suite de périostose ou d'exostose syphilitique développée sur le trajet de ce nerf.

Cette forme est plus rare que l'ostéite raréfiante; ici, au bout de quelque temps, le pus envahit les canalicules osseux et détermine une mortification des régions privées du sang, d'où nécrose de ces parties L'oreille moyenne est alors remplie de pus sanieux, fétide, contenant même des parcelles osseuses; les osselets sont détruits, des fongosités rougeâtres et saignantes se développent dans la caisse et dans l'apophyse mastoïde et arrivent même dans le conduit qu'elles obstruent. Le périoste enflammé, s'ulcère, laisse s'écouler le pus qui vient se collecter au niveau de l'apophyse ou à la paroi supérieure ou postérieure du conduit. Barié a vu la suppuration détruire les muscles et les parties molles et s'infiltrer entre la voûte du crâne et le cuir chevelu. La peau rougit, se tuméfie, s'ulcère pour donner issue au pus qui traverse un trajet fistuleux sur les bords duquel se développent des bourgeons charnus. Le séquestre peut être entraîné par le pus (Itard, Raymond, etc.). Mais s'il ne sort pas, la sécrétion reste abondante et des complications graves termi-

nent ce processus : ce sont les accidents qui surviennent dans l'otorrhée : ulcérations de la carotide (Billroth), phlébite des sinus latéraux et de la jugulaire, méningite, abcès du cerveau et du cervelet, abcès rétro-pharyngien (Bright), abcès métastatiques, etc.

Ces phénomènes s'accompagnent de douleurs vives, limitées au début, avec gonflement des parties visibles, qui ne tarde pas à augmenter de volume, à devenir fluctuant lorsque le pus arrive sous la peau, comme c'est le cas pour les abcès du conduit et de l'apophyse mastoïde.

Le malade accuse une recrudescence de douleurs pendant la nuit, il se plaint de bourdonnements, de surdité qui peut être complète, comme on l'a vu à la suite d'altérations considérables de l'oreille moyenne et d'expulsions de parties nécrosées du limaçon. L'état général est profondément altéré, et les malades ne tardent pas à succomber aux complications de l'affection ou encore à la fièvre hectique.

Mais généralement on a lieu d'intervenir avant que la maladie ait produit de tels dégâts. Le traitement local, mais surtout le traitement général, sont ici très efficaces, et on a vu des guérisons qui ne laissèrent après elles qu'un léger gonflement du tissu osseux ; l'oreille moyenne recouvrait la plus grande partie de sa fonction.

Quant à l'ostéite condensante, elle peut guérir aussi au début, mais s'il y a hyperostose, celle-ci ne disparaît pas.

Les gommes traitées dès les premiers temps de leur apparition ne laissent après elles aucune trace, mais si elles ont déjà déterminé de l'ostéite, l'os présente une dépression avec saillie des bords, comme on peut le constater dans le conduit ou au niveau de l'apophyse mastoïde.

(A suivre.)

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ D'OTOLOGIE D'AMÉRIQUE

(Traduit de l'anglais (1) par le Dr CHARAZAC.)

La session est ouverte sous la présidence du Dr C. H. BURNETT, président.

Le Dr CHAS. J. KIPP, de Newark, présente à la Société le travail de Gustav Retzius sur **l'anatomie de l'oreille chez es vertébrés**.

Le Dr SAMUEL SEXTON, de New-York, fait une communication sur : **l'inflammation de la portion attique du tympan** *(inflammation of the attic tympanum)*.

L'auteur désigne sous le nom d'*atticus tympanicus,* cette partie de la caisse située au-dessus d'un plan, qui s'étendrait transversalement de la saillie formée sur la paroi interne par les canaux semi-circulaire et le facial, à la membrane située en dehors; au-dessous de ce plan se trouve l'atrium tympanicum. Les inflammations de la portion attique de la caisse sont beaucoup plus graves que celles de l'atrium.

Une inflammation aiguë de l'atticus tympanicus peut être la conséquence d'un coryza aigu, des exanthèmes, et de l'entrée de liquides poussés par la trompe d'Eustache. On s'expliquera la fréquence de ces inflammations si l'on songe que la trompe, par son orifice tympanique, communique aussi bien avec l'une qu'avec l'autre de ces deux parties de la caisse. L'*attic* peut s'enflammer en même temps que l'atrium ou indépendamment, et son inflammation est plus grave en raison de la difficulté qu'éprouve le pus à se faire jour à cause du gonflement de la muqueuse. Dans les cas de ce genre la

(1) D'après le *Medical Record* du 1er août 1885 et les *Med. News* du 25 juillet 1885.

[illegible] turgescence [illegible]
[illegible] externe et [illegible]
[illegible] du [illegible]
[illegible] au-dessus [illegible]
[illegible] suffusion [illegible]
[illegible] tympan [illegible]
[illegible] ampoule [illegible]
[illegible] membrane
[illegible]

Le Dr Sexton donne ces médicaments à petites doses fréquemment répétées. C'est lorsqu'il existe des symptômes de purulence qu'il prescrit le sulfure de calcium. Sous l'influence de ces agents, il a vu la congestion et le gonflement de l'apophyse mastoïde disparaître.

Le Dr A. Andrews, de New-York, rapporte un cas dans lequel il existait une inflammation très intense de la portion supérieure de la caisse. Une perforation s'établit entre l'apophyse mastoïde, l'antre et le conduit auditif externe; il existait un point fluctuant à la partie postéro-supérieure du conduit auditif, il fut ouvert, le malade se remit parfaitement.

Le Dr Sexton, pour calmer la douleur, conseille l'emploi de l'aconit ou de la pulsatille, cette dernière en particulier.

Le Dr C. R. Agnew dit qu'il existe toujours chez les enfants un certain nombre de symptômes mal définis. Que ferait le docteur Sexton en présence d'un enfant de six mois seulement atteint d'otite moyenne catarrhale ?

Le Dr Sexton répond qu'il voudrait connaître l'histoire de la maladie, s'informer de l'état général, savoir si le patient est sujet aux catarrhes, s'informer de l'état de la dentition. S'il existait de la suppuration, il donnerait du sulfure de calcium, et s'il n'y avait qu'un état catarrhal, du mercure.

Le Dr Ch. Kipp, de Newark, préconise les insufflations dans l'oreille moyenne pour calmer la douleur; lorsque la membrane est projeté en avant, une incision soulage le malade.

Le Dr Théobald, de Baltimore, conseille les instillations tièdes d'atropine (0,20 cent. pour 30 gr.). Les cathartiques employés en même temps rendent des services. Après la perforation il emploie l'acide borique.

Le Dr Sexton conclut en disant que depuis fort longtemps il fait usage du mercure et du sulfure de calcium, il est convaincu que ces remèdes lui ont rendu de fort grands services.

Le Dr W. W. Seely, de Cincinnati, lit une note sur : **le traitement de l'otide moyenne chronique** (*the treatment of chronic otitis media*). Voici les conclusions de ce travail :

1° Seule une longue observation (souvent plusieurs mois) de chaque cas particulier permet de décider si le traitement doit être quotidien ou interrompu, le faire par exemple pendant une semaine pour l'interrompre ensuite pendant quelques semaines ou quelques mois.

2° Seule l'expérience permet de décider dans chaque cas particulier si le traitement doit uniquement porter du côté de l'oreille moyenne, ou de la cavité naso-pharyngienne, ou bien sur ces deux organes à la fois.

3° Seule l'expérience, dans chaque cas particulier, apprend si les injections dans la caisse sont utiles. Elle a démontré que le traitement local dirigé contre l'oreille moyenne, ou la cavité naso-pharyngienne, était imprudent, de même que l'insufflation simple ne produit aucun résultat.

4° La dilatation mécanique des conduits est rarement nécessaire, elle ne rend des services que dans les états extrêmement secs (in extremely dry states) des conduits.

5° Quand l'insufflation simple ne réussit pas, on doit porter toute son attention sur la cavité naso-pharyngienne alors même qu'elle paraît saine.

6° Les injections, les irrigations, les lavages de la cavité naso-pharyngienne doivent être abandonnés.

Le président, M. le Dr Ch. Burnett, de Philadelphie, lit une communication sur : **les relations qui existent entre l'otite moyenne catarrhale chronique et la rhinite chronique** (*the relations between chronic catarrhal otitis media and chronic rhinitis*).

L'auteur a trouvé un rapport constant entre le catarrhe chronique de l'oreille moyenne et la rhinite chronique et la rhino-pharyngite. Cette dernière affecte surtout la forme hypertrophique La forme atrophique constitue environ qua-

torze et demi pour cent des cas. L'aspect du tympan dans la première forme est très variable. Dans la forme atrophique il présente un aspect à peu près constant; toutefois, pris en lui-même, l'aspect de la membrane ne peut être d'une grande ressource pour le diagnostic. Les bourdonnements sont plus marqués dans la forme atrophique que dans la forme hypertrophique. La trompe d'Eustache est aussi plus largement ouverte dans le cas d'atrophie que dans l'hypertrophie. Le traitement doit consister en irrigation et pulvérisation astringentes et en applications locales de préparations iodées à faible dose. On ne doit jamais faire usage du nitrate d'argent dans la forme hypertrophique. Il n'en est pas de même dans la forme atrophique. On ne doit employer qu'avec prudence le galvano-cautère dans les fosses nasales, car, de même que les douches, il peut amener une inflammation de l'oreille moyenne.

Le Dr Agnew n'admet pas qu'on doive abandonner les injections nasales. L'hygiène est pour l'auteur un des éléments les plus importants dans le traitement.

Le Dr Knapp, pour son compte personnel, a retiré de grands avantages de l'emploi de pommades à l'iodoforme et à la vaseline.

Le Dr Seely préfère, lui aussi, les pommades à tout autre traitement. Elles restent plus longtemps que les solutions en contact avec les parties malades.

Séance du soir

Le Dr Sexton présente un tube acoustique (conversation-tube) pour l'éducation de l'oreille des sourds-muets. Au moyen de ce tube le malade peut entendre sa propre voix et la comparer avec celle de son professeur.

Le professeur Graham Bell attire l'attention sur le nombre considérable d'enfants classés parmi les sourds-muets qui, par une éducation appropriée, pourraient être rangés

simplement au nombre des individus ayant l'oreille dure « hard hearing. »

Le Dr Ch. Kipp rapporte l'observation d'**un cas d'affection de l'oreille suivie de mort, ayant débuté par une inflammation circonscrite du conduit auditif externe** (*A case of fatal ear disease beginning as a circumscribed inflammation of the external auditory canal*).

Il vit la malade, une femme âgée de 28 ans, neuf mois avant sa mort. Elle souffrait depuis quatre mois dé douleurs autour et dans l'intérieur de l'oreille gauche. Il existait du gonflement et de la rougeur de la partie postéro-supérieure du conduit auditif externe. Ni perforation, ni otorrhée. Les douleurs cédèrent à l'application de sangsues, aux instillations de morphine et aux insufflations dans la caisse; après un mois de traitement, la malade disparut.

Huit ou neuf mois après les douleurs apparurent de nouveau. A l'examen l'auteur trouve des furoncles dans l'oreille. L'oreille moyenne saine. La malade fut bientôt guérie de ces furoncles mais fut prise à la suite de violentes douleurs de tête. Aucun phénomène mastoïdien. La malade mourut peu de jours après.

A l'autopsie on trouva une violente inflammation de l'arachnoïde et de la pie-mère. Il existe une collection de pus située immédiatement au-dessus de la surface de la portion pétreuse du temporal. On trouvait aussi du pus sur le pont de varole. On trouve encore un petit abcès sur la partie antérieure du lobe cérébelleux gauche près de sa jonction avec le pont de varole.

Le Dr Burnett rapporte un cas semblable dans lequel il avait fait le diagnostic d'abcès cérébral, mais l'autopsie ne put être faite.

Le Dr E. E. Holt relate alors l'**état actuel d'un malade opéré depuis deux ans de tumeurs tératoïdes** (*the present conditions of a patient from whom teratoïd tumors were removed two years ago*).

Le patient est demeuré pendant un an absolument indemne, puis la récidive s'est faite et la tumeur s'est rapidement accrue.

Le Dr Ch. Burnett, de Philadelphie, fait une communication sur l'**emploi local de la cocaïne et de la brucine dans les affections de l'oreille** (*the local use of cocaïne and brucine in diseases of the ear*).

L'auteur a employé le sulfate et le chlorhydrate de cocaïne pour obtenir l'anesthésie locale dans les affections douloureuses de l'oreille. Elle n'est d'aucune efficacité lorsqu'il existe une inflammation des tissus épais du conduit auditif, ni lorsque une inflammation aiguë vient se greffer sur un gonflement chronique du périoste et de la muqueuse de la caisse. Une solution à 4 0/0 amène l'anesthésie dans les cas de congestion peu intense de la peau du conduit. L'anesthésie n'est pas assez forte pour rendre les incisions indolores. L'auteur a employé aussi la brucine pour obtenir l'anesthésie dans les douleurs d'oreille. Il s'en est bien trouvé.

Le Dr Holt fait une communication intitulée : **Le chlorhydrate de cocaïne, tout en calmant la douleur dans l'otite moyenne aiguë, prolonge-t-il la congestion?** (*Does cocaïne hydrochlorate while relieving the pain in acute otitis media, prolong the congestion?*)

La congestion n'est pas augmentée, au contraire, et l'ouïe améliorée.

Le Dr Theobald partage cet avis.

Le Dr Orne Green n'a pas retiré de grands avantages de son emploi.

Le Dr D. Webster s'en est servi avec avantage pour enlever les polypes du méat.

Séance de nuit

Le Dr Knapp fait une communication sur l'**utilité qu'il y aurait à adopter une méthode uniforme pour exprimer les résultats de l'examen concernant l'acuité auditive.**

Il donne une nomenclature, que nous ne reproduirons pas et qui lui a été suggérée par celle dont les oculistes font usage pour mesurer l'acuité visuelle.

Le Dr John Roosa lit une note sur ce qu'il appelle la **Presbykousie** (*Presbykousis*). Il propose de désigner sous ce terme la surdité qui survient chez certains individus de 40 à 55 ans, indépendamment de toute affection inflammatoire de l'oreille. Les malades qui en sont atteints entendent mal la montre, mais dans un appartement tranquille, ils peuvent l'entendre tout à fait bien. Ce signe est caractéristique de l'affection, car dans les maladies inflammatoires de l'oreille il arrive assez fréquemment que les malades entendent mieux au milieu du bruit. Les conditions qui amènent la presbykousie se sont pas déterminées, on n'a pas fait d'autopsie à ce sujet.

Le Dr Knapp blâme le terme presbykousie s'il est employé par analogie avec le terme presbytie. Il impliquerait alors un défaut d'accommodation de l'oreille.

Le Dr Roosa veut simplement désigner sous ce terme la surdité qui survient dans la vieillesse.

Le Dr Sexton présente à la Société une seringue et des pinces pour l'oreille.

Le Dr E. Dyer, de Newport, rapporte un cas **de fistule de l'hélix chez une fille de quatorze ans.**

Des communications sont faites par le Dr O. D. Pomeroy sur : **un cas d'otite moyenne chronique suppurée**

ayant amené un abcès cérébelleux, autopsie (*a case of chronic otitis media suppurativa, resulting in cerebellar abcess, with autopsy).*

Et par le Dr G. Bacon, de New-York, sur un cas **d'otite moyenne suppurée, abcès mastoïdien, pyohémie, trépanation mastoïdienne, guérison.**

Le bureau pour l'année suivante est constitué :

Président, Dr J. S. Prout ; vice-président, Dr S. Sexton ; secrétaire et trésorier, Dr J. J. B. Vermyne ; commiss. de publication, Drs Vermyne, Blake et J. O. Green ; comité de présentation, Dr Carmalt, Dr Kipp et Dr Theobald.

Le Dr F. L. Capron, de Providence, est élu membre de la Société.

Dr J. Charazac.

BIBLIOGRAPHIE

Étude sur l'œdème du larynx (œdème de la glotte) (1),
par le Dr J. Charazac (de Toulouse).

Avant d'entrer en matière l'auteur, dans un historique fort complet, passe en revue les différents travaux qui suivirent le mémoire de Bayle sur l'angine laryngée œdémateuse. Il existe dans l'histoire de l'œdème de la glotte, comme au reste dans celle de toutes les affections de l'organe vocal, deux phases bien distinctes : la première antérieure au laryngoscope et que nous pourrions appeler *prélaryngoscopique*, fut illustrée par les recherches de Tuilier, Lisfranc, Bouillaud, Miller, Cruveilher, Trousseau et Belloc, Sestier, etc. Dans la seconde phase *laryngoscopique*, l'œdème de la glotte fut étudiée d'une façon plus scientifique.

Signalons les travaux sur le sujet, de Czermak, Turck,

(1) Chez Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Mandl, Fauvel, Mackensie, Krishaber, Semon, Massei, Moure, Solis-Cohen, etc. Mais aucun de ces derniers n'étudia la question d'une façon complète, chacun d'eux envisageant seulement une des formes de l'infiltration laryngée.

Cette tâche, le Dr Charazac l'a entreprise et menée à bien. Il divise son travail en deux parties. La première est consacrée à l'étude de l'œdème aigu primitif, la seconde aux œdèmes secondaires.

L'œdème aigu primitif est rare, mais il existe. On doit admettre que sous l'influence du froid, par exemple, il puisse se produire dans le larynx une congestion assez intense pour produire une infiltration du tissu cellulaire laryngien. En dehors de cette cause, l'auteur rappelle les exemples d'œdème du larynx produits par l'ingestion de liquides bouillants, par les blessures de l'épiglotte. Il cite, en passant, l'opinion de Moura et celle de Garel, sur l'étiologie de l'œdème aigu primitif.

L'œdème aigu peut siéger sur toutes les parties du larynx, mais il envahit le plus souvent les portions de l'organe vocal dans lesquelles le tissu cellulaire est le plus lâche et le plus abondant, les replis ary-épiglottiques par exemple. Le liquide infiltré peut être séreux ou purulent, suivant que l'inflammation a été plus ou moins intense. L'auteur considère en effet l'œdème aigu primitif comme étant simplement un phlegmon du larynx qui dans certains cas se résorbe ou tue le malade avant de suppurer, dans d'autres au contraire arrive à la suppuration. Quelle que soit la nature de cet exsudat, les mailles du tissu cellulaire distendu laissent difficilement échapper le liquide qui les infiltre, ce qui tient à la fois au peu de fluidité du liquide et à ce que les mailles du tissu ne communiquent pas entre elles.

Les symptômes varient avec l'intensité de la phlegmasie qui a déterminé l'infiltration, le siège et l'étendue de cette dernière. L'auteur étudie les caractères de la voix : ordinairement conservée, elle est parfois éteinte. La respiration est presque toujours gênée, difficile; c'est dans l'œdème aigu que l'on voit surtout survenir ces redoutables accès de suffo-

cation qui emportent parfois si rapidement le malade. Mais même dans les cas d'œdème aigu, si celui-ci s'est produit lentement, il peut n'exister aucun trouble respiratoire et la gravité du mal n'est alors révélée que par l'examen laryngoscopique. L'auteur rapporte une observation fort remarquable à l'appui de ce fait. La douleur est variable, elle peut faire absolument défaut, il en est de même de la sensation de corps étranger à la gorge; c'est là cependant un des symptômes les plus constants et auquel on attachait, avec raison, une grande importance avant l'invention du laryngoscope.

Les phénomènes généraux peuvent être nuls; dans certains cas cependant il existe de la fièvre ; on doit alors soigneusement rechercher s'il n'y a pas quelque phlegmasie expliquant l'élévation de la température. Ce sont les cas de ce genre, dans lesquels l'œdème est accompagné de fièvre, que l'auteur considère comme étant de l'érysipèle du larynx.

Les symptômes objectifs les plus importants sont fournis par l'examen au laryngoscope, qui permet d'affirmer avec certitude l'existence de l'infiltration laryngée, son siège, sa nature, de suivre son évolution, de préciser l'instant où le praticien, laissant de côté les moyens purement médicaux, devra se décider à intervenir chirurgicalement. L'exploration digitale qui avait sa raison d'être lorsque le praticien n'avait pas à son service le miroir laryngien, doit être actuellement abandonnée, comme infidèle et dangereuse.

L'œdème aigu primitif est une des formes les plus dangereuses des infiltrations laryngées ; le malade peut être brusquement emporté, sans que rien auparavant ait pu faire soupçonner la lésion. Le pronostic n'est cependant pas absolument fatal; le nombre des cas favorables serait même, d'après M. Charazac, supérieur à ceux dans lesquels l'affection s'est terminée par la mort.

Quelques pages consacrées à l'étude du diagnostic et du traitement terminent cette première partie.

L'auteur, dans la seconde, étudie les différentes formes d'œdème secondaire.

Il divise les œdèmes secondaires : 1° en œdème inflamma-

toire ; 2° œdème mécanique et dyscrasique. Dans la première catégorie, il fait entrer les œdèmes par propagation, dans les maladies infectieuses, dans les maladies chroniques du larynx, dans les dermatoses. Dans la seconde, il place l'œdème qui est la conséquence des cachexies ou de l'albuminurie. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans tout son travail, nous signalerons spécialement à l'attention du lecteur le chapitre de l'œdème dans la syphilis, où il rapporte diverses observations fort intéressantes, et celui relatif à la tuberculose. L'auteur admet, avec la plupart des auteurs, dans la phtisie laryngée deux espèces d'œdème : l'œdème mou et l'œdème dur qui n'est qu'un gonflement inflammatoire. A propos de l'œdème dans la tuberculose, l'auteur insiste sur ce fait déjà connu, qu'une infiltration très considérable peut se produire dans le larynx sans amener pour cela des accès de suffocation ; ces derniers ne se produisent que lorsque l'infiltration et la sténose qui en résulte sont survenues très rapidement. Un index bibliographique des plus complets termine ce travail.

Ainsi qu'on peut le voir, d'après cette rapide analyse, la monographie de M. Charazac a été écrite avec tout le soin que comporte un sujet aussi vaste et aussi intéressant que celui de l'œdème du larynx. On reconnaît à la lecture de ce travail que l'auteur, habitué au maniement du miroir laryngien, se trouve sur un terrain qui lui est familier.

Aussi, sommes-nous heureux de saluer en M. Charazac, un nouveau collaborateur actif de la *Revue*, persuadé que bientôt il nous apportera le fruit de sa pratique laryngoscopique ou otoscopique. Dr E. J. M.

De l'importance de la bourse pharyngienne pour pouvoir reconnaître et traiter certaines maladies de la cavité naso-pharyngienne. *(Uber die Bedeutung der bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraum Krankheiten)*, par le Dr G. L. Tornwaldt, de Dantzig.

L'auteur étudie la pathologie de la bourse pharyngienne, peu connue jusqu'à ce jour, et dans une introduction il ré-

sume lui-même les résultats de ses recherches sur 202 cas d'affection de cet organe.

D'après le Dr Tornwaldt, on peut à l'examen rhinoscopique apercevoir l'orifice de la bourse pharyngienne presque chez tous les sujets, en se servant du crochet palatin. Cette ouverture se trouve exactement sur la ligne médiane de la voûte palatine, à peu près au milieu de la distance qui existe entre le bord supérieur de l'orifice postérieur du nez et la protubérance de l'atlas. Elle se présente sous la forme d'une fossette infundibuliforme ou sous l'aspect d'une cavité circulaire ou ovale. La bourse pharyngienne a généralement la forme d'un sac ou d'un canal borgne, rarement d'un sillon. Elle a presque toujours une embouchure étroite et, par suite de cette conformation, elle devient le point de départ des maladies de la cavité naso-pharyngienne. Ces dernières consistent, soit dans une sécrétion abondante s'établissant par propagation d'un catarrhe de la muqueuse avoisinante et, tandis que l'inflammation catarrhale de la muqueuse libre guérit, celle de la bourse pharyngienne persiste, soit dans une formation de kystes par suite de l'occlusion de l'orifice de cette bourse.

Sur 202 cas observés, il constata 157 fois cette sécrétion abondante et 45 fois la formation de kystes. L'hypersécrétion muqueuse ou muco-purulente s'écoule de l'orifice et vient recouvrir, dans le cas où elle est liquide, la paroi de la voûte palatine et de la paroi postérieure du pharynx, situées en bas et en arrière de la bourse.

Si la sécrétion est visqueuse et gluante, elle reste limitée au pourtour de la bourse. Contrairement à ce que l'on observe dans l'ozène et dans le catarrhe naso-pharyngien général, ici, la partie de la voûte palatine située entre les orifices postérieurs des fosses nasales et la bourse reste libre de sécrétions, à moins que l'affection de la bourse ne soit compliquée de ces différentes maladies.

S'il existe un kyste de la bourse pharyngienne au milieu de la voûte palatine, on aperçoit ordinairement une sorte de tumeur, lisse, transparente, d'une couleur jaunâtre et fai-

sant franchement saillie dans l'arrière-cavité du nez. Toutefois, dans quelques cas, on ne peut établir le diagnostic que par l'absence de l'orifice de la bourse, par l'existence de brides cicatricielles sur la voûte palatine et le manque de sécrétions, bien que le malade éprouve une gêne prononcée au niveau de cette région. Une incision qui fait s'écouler au dehors le contenu, liquide, ou grumeux, la découverte d'une cavité au niveau de la bourse pharyngienne, viennent confirmer le diagnostic d'un kyste de ce genre.

On peut supposer que la sécrétion provient de la bourse pharyngienne : 1° si on ne trouve pas d'autre cause pour expliquer son apparition au niveau de la partie postérieure de la voûte palatine et sur la paroi postérieure du pharynx; 2° si l'examen rhinoscopique permet de voir directement la sécrétion s'écouler par l'orifice de la bourse; 3° si l'on empêche la formation de cette sécrétion par des procédés thérapeutiques exclusivement dirigés sur cette partie du pharynx nasal; 4° si la sécrétion cesse pendant quelque temps après l'emploi du galvano-cautère qui obture l'orifice par gonflement inflammatoire et par formation de pseudo-membranes; 5° si, ce qui arrive parfois après avoir ouvert le kyste, il survient une hypersécrétion de ces parois.

Les troubles causés par cette poche kystique et la sécrétion abondante de la bourse sont les mêmes que ceux des autres affections de la cavité naso-pharyngienne, occasionnant un état inflammatoire de cette région et une hypersécrétion des glandes de la muqueuse. On retrouve donc les symptômes du simple catarrhe naso-pharyngien; on peut également voir survenir des névroses réflexes et des troubles du côté d'organes plus éloignés. C'est ainsi qu'il peut exister de l'hypérémie et de l'hypertrophie de la muqueuse du nez, des maladies de l'oreille, la pharyngite granuleuse, du catarrhe chronique du larynx, surtout de la partie inter-aryténoïdienne, du catarrhe bronchique, du catarrhe chronique de l'estomac, de la toux produite par la pénétration de la sécrétion de la bourse dans la région inter-aryténoïdienne et la toux réflexe sans aucune lésion du côté des poumons et du

larynx, l'asthme bronchique, la douleur au niveau du manche du sternum, des douleurs de l'occiput et dans la région de la nuque et du front.

La durée des affections de la bourse est probablement illimitée si on ne fait pas de traitement.

La thérapeutique consiste à enlever les sécrétions desséchées, à faire des insufflations de nitrate d'argent (1 : 10). On peut aussi introduire des sondes enduites du nitrate d'argent dans le conduit de la bourse ou l'ouvrir à l'aide du galvanocautère.

L'auteur termine son travail en donnant une table de ses 202 cas, indiquant les complications de chacun d'eux ; 25 des cas plus intéressants sont décrits *in extenso*.

En résumé, le travail de M. Tornwaldt est basé sur des recherches scientifiques sérieuses et constitue une monographie très intéressante et très bien faite sur un sujet fort peu connu et cependant bien digne d'être étudié. Il permettra aux praticiens d'expliquer la longue durée et la ténacité de certaines affections (hypersécrétion) de la cavité naso-pharyngienne, dont les traitements les plus variés n'avaient pu avoir raison (*Wiesbaden*, 1885, chez J.-F. Bergmann).

Dr L. LICHTWITZ.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

BOUCHE ET PHARYNX.

Contribution à l'étude de l'angine infectieuse simple primitive, par le Dr E. MILSONNEAU.

Le fait que certaines angines simples coïncident avec des symptômes généraux graves et analogues à ceux qu'on observe dans les états infectieux, laisse à croire à M. Milsonneau, qu'elles sont dues à l'influence nocive de micro-organismes qui exercent sur la muqueuse pharyngienne une

action pyrogène. L'absorption de ces micro-organismes se faisant par le système lymphatique, après une érosion ou une desquamation de la muqueuse du pharynx ou de l'amygdale, occasionnerait la suppuration des ganglions du cou.

Cette infection ressemble, d'après l'auteur, à celle qu'on observe dans l'adéno-phlegmon puerpéral, le bubon chancreux, la piqûre anatomique. M. Milsonneau donne l'histoire de malades de deux cas personnels et de quatre autres cas.

Bien que daus un de ces cas, l'examen microscopique ait révélé la présence de micrococcus, il n'est point encore prouvé que ce soit à ces microbes qu'il faille attribuer l'affection qu'il décrit (*Thèse de Paris*, 27 avril 1885).

Dr L. LICHTWITZ.

Herpès de la gorge (*Herpès of the throat*),
par le Dr SALOMON SOLIS-COHEN.

L'auteur rapporte un cas d'herpès chronique du pharynx. Il se manifeste chez les personnes nerveuses, souvent aussi il est associé à la strume et à la tuberculose ; il est alors particulièrement rebelle. On peut rarement constater les premières manifestations de la maladie.

La forme aiguë n'est pas très rare, mais passe souvent inaperçue. Les vésicules sont entourées d'une aréole inflammatoire. Il se produit souvent de la fièvre. La douleur à la déglutition est parfois très marquée, la douleur de gorge, la sensation locale de brûlure et de sécheresse sont plus marquées que dans la pharyngite et l'amygdalite simple. L'auteur pense que certains cas, pris pour manifestations brusques de la diphtérie, n'étaient autre chose que de l'herpès pharyngé.

Dans les cas chroniques, le traitement consiste en applications locales quotidiennes ou à jour passé d'acides dilués. Le traitement général est indiqué par la diathèse. Les préparations de quinquina, de noix vomique, d'arsenic, de fer, peuvent être prescrites avec avantage (*The med. Record*, 11 juillet 1885). Dr J. CHARAZAC.

Chancre induré de l'amygdale (*Hard of chancre the tonsil*), par le Dr DONALDSON.

L'auteur fait l'historique de la question, rapporte une observation de chancre induré de l'amygdale observée par lui et termine en faisant le diagnostic de cette manifestation de la syphilis avec le cancer de l'amygdale.

Syphilis. — 1° Signes fonctionnels : Déglutition douloureuse rarement impossible, absence de douleur quand l'organe est au repos.

2° Signes physiques : Un peu d'hypertrophie accompagnée d'une ulcération superficielle à la période primaire. L'ulcération tertiaire est un ulcère de forme chronique. Engorgement ganglionnaire relativement léger, indolore, et qui s'atténue avec la cause de l'inflammation. Hémorrhagie rare, émaciation peu accentuée. Guérison par le traitement.

Cancer. — 1° Signes fonctionnels : La difficulté et la douleur à la déglutition, sont le premier et le plus constant symptôme, elles augmentent jusqu'à rendre impossible l'absorption des aliments. Douleurs lancinantes dans l'oreille.

2° Signes physiques : Hypertrophie considérable, ulcération tardive, tendant à s'étendre beaucoup, engorgement ganglionnaire et induration qui devient très douloureues et ne disparaît pas. Hémorrhagies fréquentes, cachexie rebelle à tout traitement (*Med. News*, 15 août 1885).

Dr J. CHARAZAC.

NEZ.

L'appareil circulatoire de la muqueue du nez au point de vue clinique (*Der circulationsapparat in der Nasenschleimhaut vom klinischen Standpunkte aus betrachtet*), par le Dr M. BRESGEN, de Francfort-sur-le-Mein.

L'auteur commence par apprécier les recherches anatomiques sur l'appareil circulatoire du nez, faites par le professeur Zuckerkandl, qui ont révélé des faits jusqu'alors peu connus. Mais Zuckerkandl n'a pas dit si les sujets examinés étaient des individus n'ayant pas souffert d'une rhinite chro-

nique, de même qu'il n'a pas essayé de déterminer quel était l'état normal de la muqueuse, et le moment où elle commence à devenir pathologique. Les anatomistes Hyrtl et Henle admettent qu'à l'état normal, le tissu caverneux de la muqueuse est gonflé. D'après Bresgen, on ne peut parler d'un état normal que lorsque la muqueuse est bien accolée à la charpente osseuse et lorsqu'elle ne paraît pas pâteuse au toucher. Chez les personnes ayant le nez absolument sain, on ne rencontre jamais cet état pâteux de la muqueuse, de même lorsque les malades atteints d'une rhinite chronique, cessent de se plaindre de l'obstruction et de l'hypersécrétion du nez, on trouve la muqueuse moulée sur la charpente de cet organe.

Il combat l'opinion de Hack qui dit que la muqueuse elle-même reste indemne alors qu'il existe un gonflement considérable du tissu caverneux. D'après les recherches de E. Fraenkel et Zuckerkandl, il n'existe pas un tissu caverneux isolé, mais ce dernier fait partie de la muqueuse elle-même, et d'après les examens histologiques de E. Fraenkel, il y a toujours dans les cas de gonflement du tissu caverneux une hyperplasie de la muqueuse.

Bresgen va encore plus loin : d'après lui, il n'y a pas normalement dans le nez un tissu caverneux, mais seulement un plexus veineux qui, par l'irritation produite par le passage de l'air, se transforme souvent en tissu caverneux. C'est pour cela que Zuckerkandl a pu trouver ces derniers tissus sur les cornets inférieurs, sur le bord des cornets moyens et supérieurs, tandis que les parties supérieures ne contiennent que des plexus veineux. Mais ce n'est pas un état normal fait pour donner la forme et l'espace nécessaire pour la respiration, comme le prétend Zuckerkandl.

L'auteur n'admet pas non plus que le tissu caverneux qui entoure le canal lacrymal soit normal ; il serait dû, d'après lui, à une inflammation très souvent propagée par une rhinite chronique, qui amène un gonflement avec hyperplasie du plexus veineux (*Deutsche medic. Wochenschrift*, nos 34 et 35, 1885.) Dr L. Lichtwitz.

Courte note sur le traitement du coryza aigu (*Brief notes on the treatment of acute coryza*), par le Dr Salomon Solis-Cohen.

L'auteur n'admet pas qu'on doive traiter le coryza « par le mépris ». Il recommande le sulfate d'atropine, qui déjà avait été employé avec succès par Gentilhomme. Il s'administre en granule ou en solution à la dose ordinaire, il répète la dose toutes les quatre heures si le malade est vu dans les premières vingt-quatre heures, deux doses sont suffisantes pour enrayer la maladie. La cocaïne, la poudre de coca, le salycilate de cinchonidine dans certains cas particuliers peuvent être fort utiles (*Philad. Med. Times*, 8 août 1885). Dr J. Charazac.

De l'épithélioma des fosses nasales et de son traitement chirurgical, par le Dr A. Barcilay.

L'auteur rapporte *in extenso* l'histoire d'un cas personnel d'épithélioma des fosses nasales opéré par le Dr Kirmisson. Deux mois après l'extirpation de la tumeur et des ganglions sous-maxillaires infiltrés, survint une récidive à laquelle le malade cachectique succomba peu de temps plus tard. Néanmoins l'auteur met à la tête de son observation : Extirpation et guérison. Il donne encore les détails de 5 autres cas pareils au sien, chez lesquels l'examen microscopique avait affirmé le diagnostic d'épithélioma. Basé sur ces quelques faits, M. Barcilay donne la description de l'épithélioma des fosses nasales.

C'est, dit-il, une affection rare atteignant des individus âgés de plus de cinquante ans, la durée du mal est en moyenne de deux ans. D'après Verneuil, il admet comme cause étiologique la « diathèse arthritique ».

Les symptômes sont au début ceux d'un coryza simple, mais bientôt surviennent des épistaxis fréquentes, une sécrétion muco-purulente fétide, de la tension et de la pesanteur dans une des fosses nasales qui s'obstrue de plus en plus.

A l'examen rhinoscopique, on trouve une tumeur plus ou moins grande, fongueuse, mamelonnée, ulcérée par places et recouverte de pus concrété, friable et saignant au moin-

dre attouchement. Elle est implantée sur une base large, ordinairement au niveau de la cloison.

Un phénomène important est l'apparition du gonflement des ganglions sous-maxillaires.

Ces symptômes s'aggravant de jour en jour, les douleurs deviennent intolérables et la tumeur, s'étendant, remplit les cavités voisines, use la charpente osseuse du nez et gagne souvent la base du crâne.

Les malades meurent, au plus tard, après trois ans, soit de méningite ou emportés par la cachexie cancéreuse.

Quant au diagnostic différentiel, il faut penser :

1° Au polype naso-pharyngien, mais l'âge et le point d'implantation empêchent une erreur de diagnostic;

2° Aux polypes du nez, mais ceux-ci sont multiples, occupent les deux fosses nasales; ils saignent et s'ulcèrent moins facilement et ils n'occasionnent pas un gonflement des glandes;

3° Aux adénomes et papillomes;

4° Au sarcome; mais, d'après Delaux, les voies lymphatiques restent intactes, même dans les cas de sarcomes malins, et les tumeurs sarcomateuses s'ulcèrent rarement. Toutefois, ce n'est que l'examen microscopique qui confirme le diagnostic;

5° A l'enchondrome; mais cette tumeur n'atteint que des malades en bas âge (entre quinze et vingt-cinq ans), et elle est facile à reconnaître à sa consistance cartilagineuse;

6° Aux épaississements syphilitiques de la cloison;

7° Aux ulcérations de la muqueuse du nez;

8° Au coryza caséeux et aux corps étrangers du nez, qui souvent au premier aspect font penser à un épithélioma.

Le traitement consiste dans une extirpation radicale de la tumeur et des glandes sous-maxillaires infiltrées faite de bonne heure (*Thèse de Paris*, 8 mai 1885, chez A. Parent, impr.).

Dr L. Lichtwitz.

LARYNX-TRACHÉE.

De la laryngite et de la pharyngite chroniques, anatomie pathologique, symptômes, traitement (*On chronic laryngitis and chronic pharyngitis : their pathology, symptoms and treatment*), par le Dr Newman.

La laryngite et la pharyngite chroniques peuvent être le résultat d'attaques aiguës ou subaiguës, mais le plus souvent le début est insidieux Elles sont intimement liées l'une à l'autre au point de vue étiologique et anatomo-pathologique.

Plus fréquentes chez l'homme que chez la femme et les les enfants, on observe surtout la pharyngite et la laryngite chroniques chez les personnes que leur profession oblige à faire un usage fréquent de leur voix, ou qui vivent au sein d'une atmosphère impure contenant en suspension des particules irritantes. Les saisons et le climat exercent aussi une certaine influence.

L'auteur rappelle ensuite en peu de mots les particularités anatomiques de la muqueuse du pharynx et du larynx, l'inflammation de cette muqueuse, les troubles fonctionnels qui en sont la conséquence amènent diverses formes de catarrhe, pour lesquels il propose la classification suivante : 1° catarrhe chronique simple avec épaississement de la muqueuse, auquel on donne le nom de catarrhe chronique hypertrophique (bien qu'il n'y ait pas hypertrophie véritable); 2° catarrhe dans lequel les glandes folliculaires sont particulièrement affectées; 3° catarrhe chronique atrophique dans lequel la muqueuse est fort amincie et les éléments glandulaires atrophiés.

Cette classification, un peu arbitraire peut-être, paraît très utile à l'auteur, bien que les diverses formes de catarrhe ne soient pas toujours très tranchées et rentrent un peu l'une dans l'autre. Il a précédemment rapporté, à l'appui de sa classification, trois observations : la première de catarrhe chronique simple du pharynx et du larynx, la seconde de catarrhe folliculaire; la troisième concerne un malade qui, pendant longtemps, avait souffert de troubles laryngés et dont le larynx présente maintenant l'aspect caractéristique

de la laryngite atrophique. L'observation suivante est un exemple de cette forme de pharyngite chronique à laquelle on a donné à tort le nom de pharyngite hypertrophique.

Le malade, pendant six mois, avait souffert, à de nombreuses reprises, d'attaques de pharyngite aiguë, jointes à de l'aphonie, de la dyspnée et de la gêne à la déglutition qui s'accompagnait de toux paroxystique, avec une expectoration plus ou moins abondante du mucus visqueux.

A l'examen, les piliers étaient considérablement augmentés de volume, le voile du palais gonflé, la luette allongée; il existait aussi une légère hypertrophie des amygdales. Les vaisseaux étaient gros et tortueux, la paroi du pharynx recouverte d'un liquide visqueux. L'épiglotte était, elle aussi, gonflée et congestionnée, d'où difficulté considérable pour voir l'intérieur du larynx. On pouvait cependant apercevoir la muqueuse laryngée gonflée et indurée, les bandes ventriculaires recouvraient complètement les cordes vocales. Il n'existait aucune ulcération ni érosion de la muqueuse.

La première chose à faire dans les cas de ce genre, c'est d'enlever les sécrétions abondantes qui recouvrent la muqueuse et agissent comme irritant local. On y arrive au moyen de pulvérisations chaudes alcalines. Dans certains cas où il existait une irritation considérable et de la dyspnée, l'auteur s'est bien trouvé de vaporisations à l'acide hydrocianique ou benzoïque et au baume de Tolu. Aux remèdes locaux on doit joindre un traitement général approprié (*The Brit. Med. Journ.*, 4 juillet 1885). Dr J. Charazac.

Un nouvel instrument pour opérer dans le larynx lorsque l'épiglotte est inclinée en arrière *(Ein neues Instrument für Operationen im Kehlkopfe bei Rieckwartsneigung des Kehldeckels)*, par le Prof.-Dr Voltolini, de Breslau.

Depuis l'invention de la laryngoscopie la position de l'épiglotte en arrière, dit l'auteur, a été la *crux specialistarum*.

Pour l'examen furtif du larynx on arrive encore à y remédier soit par des procédés physiologiques (en faisant prononcer au malade la voyelle *i*, en le priant de faire une respiration

bruyante, braiement de l'âne, ou en le faisant éclater de rire, ou en examinant le malade assis tandis qu'on reste debout), soit par des moyens mécaniques, en appliquant une sonde sur l'épiglotte pour la relever.

Mais pour faire des opérations dans le larynx alors que cet opercule est penché en arrière, toutes ces manœuvres ne suffisent pas. Bruns et Tück avaient alors proposé des petits instruments pour maintenir l'épiglotte relevée ; mais il était difficile de les garder dans la position nécessaire durant l'opération et ils furent abandonnés.

Voltolini eut alors l'idée d'attacher au bout laryngien de son galvano-cautère une tige triangulaire, formant en quelque sorte un coin entre la paroi postérieure du pharynx et l'épiglotte et relevant cette dernière au fur et à mesure qu'on introduit l'instrument dans le larynx. Mais cet appareil était peu applicable à cause de la grande irritation que subissait l'épiglotte par le glissement de cet instrument.

Mais depuis que nous connaissons la cocaïne, cet inconvénient peut être évité et l'auteur emploie avec succès cet appareil qui permet de relever le couvercle laryngien et d'opérer dans l'organe vocal (*Monatsschr. f. Ohrenheilkunde*, n° 7, 1885). Dr L. Lichtwitz.

Quelques remarques sur deux cas d'herpès du larynx (*Einige Bemerkungen über zwei Fälle von Herpes laryngis*), par le Dr E. M. Stepanow, de Moscou.

Cette forme de maladie, peu décrite jusqu'à présent, est importante à connaître, surtout à cause des erreurs de diagnostic et de pronostic qu'elle peut occasionner. Si l'herpès apparaît dans le larynx après l'éruption cutanée ou pharyngienne, le diagnostic est alors facile. Mais il existe des cas dans lesquels le larynx seul est atteint d'herpès ou dans lesquels l'affection apparaît dans le larynx alors que l'éruption cutanée a presque disparu, ou si cette dernière apparaît après que le larynx a été atteint, on peut alors les confondre avec la syphilis ou la diphtérie.

L'auteur cite deux observations :

La première concernait un ouvrier de quarante-huit ans. Le mal débuta par des douleurs dans la gorge, suivies de toux et de douleurs à la déglutition. Le huitième jour de la maladie, on découvrit à l'examen laryngoscopique du gonflement et de la rougeur au niveau de l'aryténoïde gauche, et sur sa partie interne trois petites taches grisâtres de la grandeur d'un grain de pavot. Il existait également sur l'épiglotte, à gauche de la ligne médiane, quelques plaques analogues. Pas d'éruptions sur aucune autre partie du corps. On constatait, en outre, les symptômes d'une bronchite chronique. Le treizième jour, le malade était complètement guéri.

Dans le second cas, il s'agissait d'un jeune homme de quinze ans qui fut pris de vomissement, de fièvre et d'un exanthème abondant de la face. Les pourtours de la bouche, de l'entrée du nez et des yeux, furent couverts d'une efflorescence herpétique. Rien au pharynx. La muqueuse laryngienne devint très rouge et gonflée. Le dixième jour de la maladie, apparurent sur les bandes ventriculaires des membranes croupeuses, précédées de petites taches grisâtres sur le repli ary-épiglottique et sur l'arythénoïde gauche. Dès le commencement, il y existait sur les cordes vocales des membranes blanchâtres qui, simulant des cordes vocales épaissies, passèrent inaperçues jusqu'au moment où se fit la desquamation. Elles laissèrent après elles quelques traces rouges sur les cordes vocales qui apparurent alors beaucoup plus minces qu'elles n'étaient auparavant. Le dixième jour, le larynx était normal.

On aurait pu facilement confondre ce dernier cas avec du croup ou de la diphtérie. Le traitement consista dans les deux cas en pulvérisations phéniquées (*Monatsschr. f. Ohrenheilkunde*, n° 8, 1885). Dr L. Lichtwitz.

Fractures des cartilages du larynx,

par le Dr Bessières.

Les fractures du larynx peuvent se présenter à tout âge.

Les fractures du cartilage thyroïde sont les plus fréquen-

tes; elles peuvent se produire, soit par cause directe, soit par cause indirecte et par pression antéro-postérieure.

La fracture du cricoïde, beaucoup plus rare, se rencontre surtout chez les pendus.

Les fractures du cartilage thyroïde sont graves, celles du cartilage cricoïde, fatalement mortelles.

Traitement : repos absolu de l'organe, et à la moindre menace, pratiquer la trachéotomie.

Les conclusions de l'auteur, dont la plupart ne sont pas très neuves, sont appuyées sur une observation personnelle (déjà publiée par MARCIGNEY dans le *Journ. de Méd. de Paris*, 24 mai 1885) et sur 48 autres cas. (*Thèse de Paris*, 1885.)

P. GARNAULT.

OREILLES.

Rapport sur les cinq premières années de pratique auriculaire (*Bericht über das erste Lustrum ohrenärztlicher Thatigkeit*) par le Dr SCHUBERT, de Nurenberg.

L'auteur a traité en 5 ans 2,000 malades atteints d'affections de l'oreille, dont 1,089 du sexe masculin et 905 du sexe féminin ; 6 fois l'indication du sexe fait défaut. Quant aux diagnostics, il constata 128 fois des affections du pavillon de l'oreille, 410 fois des lésions du conduit auditif externe, 213 fois du tympan, 1,633 fois de la caisse, 19 fois de l'apophyse mastoïde, 79 fois du labyrinthe, 109 fois des affections diverses. De plus, il constata 134 fois l'existence de lésions du nez et du pharynx, et 73 fois des maladies générales coexistentes, dont 43 cas de syphilis.

Le nombre de ces affections que nous venons de citer dépasse le chiffre des malades observés, l'auteur ayant diagnostiqué chez le même sujet plusieurs affections. Il donne des détails intéressants sur 16 cas, et il fait un tableau de 17 affections de l'oreille survenues à la suite de méningite cérébro-spinale épidémique. Citons parmi les 16 cas, 2 faits de vices de conformation du pavillon de l'oreille, un de fistule branchiale située immédiatement en avant de l'hélix des deux côtés,

2 cas d'aspergillus du conduit auditif et un d'ecchymose ambulante du tympan.

Quant aux affections suppurées de l'oreille moyenne, comme le Dr Schwartze, il n'est pas partisan de l'emploi de l'acide borique en poudre, cette dernière occasionnant fréquemment dans les cas aigus avec sécrétion abondante, une rétention du pus. Si la sécrétion est peu abondante, cet acide donne de bons résultat, mais il est, d'après l'auteur, bien douteux que cet effet soit dû à son action antiseptique. D'une part, les expériences ont démontré qu'il est faiblement antiseptique, et d'autre part on sait que le sublimé ou l'acide phénique, quoique très antiseptiques, n'agissent pas aussi bien.

Dans les otites suppurées aiguës, il recommande l'acétate d'alumine, remède qui ne mériterait pas de tomber dans l'oubli. Il laisse de côté le traitement à l'alcool recommandé par Politzer dans les cas de granulations de la muqueuse de la caisse, ayant observé chez un homme robuste de fortes douleurs et une élévation de la température dus à l'emploi de ce traitement. Il le remplace par le nitrate d'argent.

Enfin, l'auteur rapporte deux cas mortels de thrombose des sinus survenue à la suite d'une otite moyenne. Dans le premier cas, il se reproche de n'avoir pas fait la trépanation de l'apophyse mastoïde, malgré l'apparence d'une amélioration progressive, et bien qu'il n'existât pas de douleur ni d'inflammation visible du côté de cet os. L'autre malade lui avait été envoyé trop tard, et l'ouverture des cellules mastoïdiennes ne pouvait plus le sauver.

Parlant du traitement des hypertrophies de la muqueuse des cornets par le galvano-cautère, il cite deux cas de forte fièvre survenus à la suite de l'emploi de ce traitement (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd XXII, 1 Heft 1885). Dr L. Lichtwitz

---

Note sur une anomalie du pavillon de l'oreille portant sur la racine de l'hélix, par les Drs Ch. Féré et E. Huet.

A l'état normal, disent les auteurs, la racine de l'hélix s'enfonce au-dessus du tragus dans la conque, de sorte que

le fond de celle-ci est parfaitement plan dans toute sa partie postérieure.

Mais dans certains cas, cette racine de l'hélix prend un développement plus considérable et se prolonge en arrière à travers la conque jusqu'au voisinage du bord antérieur de l'anthélix. Cette disposition, qui est assez fréquente, coïncide souvent avec une plus grande largeur de la conque.

Dans d'autres cas, beaucoup plus rares, la racine de l'hélix prend un développement énorme, se continue à travers la cavité de la conque et arrive à s'anastomoser avec l'anthélix en faisant la même saillie que lui. Il résulte de cette disposition que la cavité de la conque est divisée par une sorte de pli tantôt transversal, mais plus souvent oblique, en deux cavités secondaires situées l'une au-dessus et en arrière, l'autre, au-dessous et en avant de la racine de l'hélix anormalement développée.

L'hématome cicatrisé du pavillon de l'oreille, peut simuler cette malformation en déterminant des saillies anormales dans la cavité de la conque. Mais l'anomalie décrite se distingue en ce que, sur la partie postérieure du pavillon de l'oreille située au milieu du fond de la conque, on trouve une dépression correspondant à la saillie formée par une gouttière cartilagineuse, tandis que dans l'hématome, le cartilage ne présente aucune déformation. Les auteurs ont photographié plusieurs cas de cette malformation intéressante (*Comptes rendus hebdom. de la Société de Biologie*, n° 34, octobre 1885). Dr L. L.

Contribution à l'étude du traitement antiseptique des otorrhées (*Beitrag zur antiseptischen Behandlung der Ohreneiterungen*), par le Dr W. Kirchner (de Wurzbourg).

Dans les différentes affections inflammatoires de l'oreille externe et moyenne, il existe une grande difficulté qui est d'enlever suffisamment la sécrétion purulente ou muco-purulente. Il se forme alors de la rétention du pus avec tous ses inconvénients.

Pour y remédier et pour permettre au malade lui-même de

se nettoyer bien l'oreille, l'auteur emploie des petites cordelettes de rideau, d'une épaisseur de 2 millimètres et imbibées d'une solution antiseptique qu'il introduit ou fait introduire dans le conduit par les malades eux-mêmes.

Il a obtenu de très bons succès surtout par les cordelettes imbibées dans un mélange de glycérine, de chlorure de sodium et de sublimé, ce mélange augmentant de beaucoup le pouvoir hygrométrique du tissu. Ces cordelettes pourront aussi servir dans les opérations mastoïdiennes à la place des drains (1) (*Monatsschr f. Ohrenheilkunde*, n° 8, 1885).

Dr L. LICHTWITZ.

Quelques considérations sur la propagation et la prophylaxie de la diphtérie, par le Dr LUCAS DE CRÉSANTIGUES.

Malgré les progrès de l'hygiène, le nombre des cas de diphtérie a augmenté dans ces dernières années, à Paris, d'une façon saisissante :

En 1865, 53 décès pour 100,000 habitants; en 1877, 121; en 1883, 87.

L'ascension a été maximum vers 1877 pour redescendre ensuite. Ces chiffres sont très curieux, mais l'auteur n'en donne aucune explication.

L'auteur établit par ses observations que la contagion médiate est une des causes de propagation de la maladie, qu'elle a pu se développer dans les campagnes à la suite d'arrosages faits avec les eaux d'une triperie.

L'inoculation directe s'est montrée malheureusement bien des fois efficace pour la transmission de la diphtérie; les expériences, il est vrai, n'ont pas toujours abouti, mais si avec l'auteur nous admettons une influence des idiosyncrasies, nous croyons que les conditions peu scientifiques dans lesquelles la plupart des inoculations ont été faites ne permettent pas encore de juger la question.

L'auteur conseille, comme mesur prophylactique, l'isolement aussi complet que possible des malades, et pour les transporter à l'hôpi'al l'usage des voitures semblables à celles qui ont déjà donné de bons résultats pour les varioleux (*Thèse de Paris*, 1885).

P. GARNAULT.

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

6e Année. N° 12. 1er Décembre 1885.

DES NÉVROSES RÉFLEXES DÉTERMINÉES PAR LES AFFECTIONS NASALES (1)

Par le Dr J. Baratoux.

On admet généralement aujourd'hui que les parties postérieures des cornets moyens et inférieurs, sont le siège d'une zone douée de propriétés particulières.

En effet, l'excitation de cette région provoque du larmoiement, une sécrétion abondante de mucus nasal, une toux réflexe et même des troubles de la respiration et de la phonation tels que asthme, spasme laryngé et aphonie spasmodique. Une attaque d'épilepsie pourrait même se développer, au dire de Haak, de Wilbis et de Lowe, de Berlin.

Pour la plupart des auteurs, ces divers phénomènes devraient être attribués au gonflement des cornets ou plutôt à la congestion de leur tissu caverneux qui serait sous la dépendance des vaso-moteurs.

Le simple attouchement de ces cornets inférieurs et médians au moyen du stylet déterminerait ces différents troubles, et l'on comprend qu'il en sera de même chez certains malades qui sont soumis au cathétérisme de la trompe d'Eustache. En effet, l'on rencontre parfois des personnes qui, dans le cours de cette opération, sont prises de toux violente et d'éternuements.

Dans certains cas d'hypertrophie des cornets, on aurait noté des symptômes analogues, de même aussi dans quelques observations de polype du nez, où nous avons même vu souvent survenir du spasme laryngé.

Mais, dit-on, on ne rencontrait jamais ces accès d'asthme ou de toux chez les personnes atteintes d'atrophie ou de destruction des cornets.

On sait que l'on peut faire cesser la toux de l'asthme

(1) Communication à la *Société française d'otologie et de laryngologie*, séance du 15 avril 1885.

des foins par l'application de certains topiques appliqués sur les régions dont nous parlons, ou encore mieux par leur destruction.

Il semblerait donc résulter que les cornets sont le siège d'une zone sensitive occasionnant par voie réflexe les différents phénomènes signalés précédemment.

D'après nos recherches, ce ne serait pas aux cornets qu'il faudrait attribuer cette propriété, mais bien à une zone assez limitée de la cloison. D'abord, chez un certain nombre de personnes, nous avons pu produire la plupart de ces phénomènes en leur touchant la partie postérieure de la cloison. Nous avions eu soin de choisir les sujets chez lesquels les cornets étaient assez éloignés du septum pour ne pas mettre notre expérience en doute. Nous avons ensuite fait usage de cocaïne en badigeonnage sur les cornets; l'attouchement de ceux-ci ne déterminait pas de réflexe, tandis que le contact de la sonde avec la zone spéciale de la cloison produisait toujours la toux, l'éternûement, la dyspnée même. En répétant l'expérience en sens inverse, le résultat était négatif.

Contrairement à ce qu'avancent les auteurs, nous avons observé ces phénomènes chez une petite fille de douze ans, qui est atteinte d'atrophie complète des cornets inférieurs et de diminution notable des cornets médians. Un stylet en contact avec la cloison produit du larmoiement, des éternuements, des accès de toux et une sécrétion assez abondante, symptômes que nous pouvons reproduire à volonté.

Nous comprenons maintenant pourquoi les auteurs attribuent ces phénomènes à l'hypertrophie des cornets, au moyen principalement. En effet, celui-ci vient alors toucher la cloison et irriter la zone sensitive. Aussi, lorsqu'on y applique une solution de cocaïne qui, comme nous l'avons précédemment démontré, fait diminuer rapidement le volume des cornets, voit-on cesser l'accès. C'est par la même raison que la destruction du cornet hypertrophié arrête aussi ces phénomènes nerveux. Dans

ce cas, le cornet ne venant plus irriter la cloison, l'effet cesse naturellement.

Et cela est tellement vrai que, dans un cas d'hypertrophie du cornet moyen qui venait au voisinage de la cloison, nous avons pu produire par irritation un accès de toux et même du spasme qui ne paraissait se développer qu'au moment où la muqueuse du cornet se mettait en contact avec la cloison. C'est ainsi que souvent les malades atteints de fièvre des foins sont pris d'éternuements, de sécrétion abondante, de larmoiement, d'insomnie même quelque temps après la cautérisation des cornets par des points de galvano-cautère. Ces phénomènes peuvent durer d'une façon presque continuelle pendant deux jours, comme nous l'avons observé chez un malade que nous avions ainsi traité au mois de juin 1882 et qui est resté guéri pendant les années 1883 et 1884.

Cette année, ayant été repris des mêmes symptômes, il est revenu nous voir. De nouvelles cautérisations à l'acide chromique, cette fois, l'ont débarrassé encore rapidement de son affection, mais sans accident.

Nous pourrions aussi citer l'exemple d'un employé d'octroi qui, à la suite de chaque cautérisation, restait chez lui pendant deux jours, sans pouvoir reprendre son service, tellement ses accès augmentaient. Nous avons pu noter, d'une façon spéciale, le rapport de l'exacerbation de son asthme avec la compression de la cloison, car dès que celle-ci n'était plus en contact avec le cornet inférieur que nous avions cautérisé, l'accès disparaissait subitement. S'il avait l'imprudence de monter alors sur l'impériale des tramways ou des chemins de fer, sa crise revenait immédiatement. Chez ce malade, nous avons aussi remarqué que le badigeonnage d'une substance fortement astringente dans la partie du cornet en rapport avec la cloison, faisait disparaître la crise peu de temps après, et cela subitement.

Au reste, il suffit d'interroger les malades pour voir

que leur accès disparaît toujours ainsi, ce qui est encore une preuve plus évidente que c'est bien à un phénomène de cessation brusque de compression que sont dus ces accidents nerveux qui ne diminueraient que peu à peu s'ils étaient sous la dépendance de l'irritation des cornets.

C'est ainsi que nous nous expliquons la disparition subite d'une aphonie spasmodique chez une dame qui avait été soumise, par différents médecins, à l'usage du bromure de potassium, de l'électricité et de l'hydrothérapie. Son affection datait déjà de deux ans. A l'examen laryngoscopique, nous pûmes voir que dans la phonation les cordes vocales étaient tellement rapprochées, que le cartilage droit était projeté en avant, de sorte que les rubans vocaux s'entrecroisaient. En même temps, cette personne présentait une hypertrophie des cornets, principalement des médians, que nous proposâmes de lui cautériser. Quelques jours après, voyant que le cornet droit était toujours très hypertrophié, nous proposâmes d'en enlever une partie au moyen de l'anse galvanique.

Je fus surpris de voir la voix revenir subitement. Il y a un mois que j'ai eu des nouvelles de cette malade, qui a conservé la voix.

Nous nous expliquons encore de cette façon pourquoi les polypes du nez produisent, dans certains cas, ces troubles nerveux qui cessent à la suite de leur extraction pour revenir lorsque ces tumeurs, se développant de nouveau, viennent comprimer la zone sensitive de la cloison.

C'est aussi la raison pour laquelle on peut observer des troubles réflexes dans les cas de déviation de la cloison, sans aucune lésion des cornets. Il suffit que le septum arrive au voisinage du cornet pour que la moindre irritation de celui-ci provoque une crise, comme nous en avons été témoin.

Mais disons que ce sont les arthritiques et les personnes nerveuses qui semblent prédisposées à ces névroses réflexes.

Quelle est la raison de ces phénomènes réflexes déterminés par la compression de la cloison? Si, jusqu'à ce jour, nous n'avons pu encore arriver à démontrer d'une manière certaine la cause de ces troubles si variés, nous croyons pouvoir avancer qu'elle siège dans une zone assez limitée de la partie postérieure de la cloison. Nous nous livrons actuellement à des recherches histologiques et embryologiques qui nous donneront, pensons-nous, la clef de ces phénomènes.

DE L'APHONIE COMPLÈTE PAR LÉSION NASALE

Par le Dr **Brebion**.

J'ai l'honneur de soumettre à la Société les deux observations suivantes d'aphonie complète par lésion nasale :

Observation I. — Au mois de mars dernier, M. M..., manufacturier à Abbeville (Somme), lequel m'a autorisé à publier son observation et même à citer son nom, se présente à mon cabinet atteint d'aphonie complète. Il est âgé de cinquante-six ans, jouit d'une solide constitution, n'a jamais été malade. Possède plusieurs enfants bien portants. N'a jamais fait d'excès, n'a jamais eu d'affection vénérienne et ne fume pas. La maladie qui l'amène auprès de moi remonte à trois mois environ. Elle a débuté presque subitement. En deux jours, sans pouvoir invoquer l'humidité ou le froid, la voix s'est perdue tout à fait, et maintenant elle n'est plus qu'un murmure très bas.

Souvent, pendant l'hiver, M. M..., qui voyage beaucoup, était atteint de coryzas très intenses qui souvent se continuaient par de l'aphonie. Mais jamais cette dernière n'avait atteint le degré où elle est arrivée, et jamais elle n'avait duré plus de huit ou dix jours.

(1) Lu à la *Société française d'otologie et de laryngol.*, séance du 15 avril 1885.

M. M... a la face congestionnée, il a presque toujours un écoulement nasal. Il mouche constamment.

La nuit, il ne peut dormir que la bouche ouverte. Tous les matins il a un peu de toux laryngée sans expectoration et des bourdonnements d'oreilles.

Le *pharynx* présente une sécheresse peu intense à sa partie postérieure. Cette dernière est même légèrement variqueuse. Quelques granulations clairsemées sur le pilier gauche. Rien sur le pilier droit. Le malade n'accuse que très peu la sensation de sécheresse. Il n'éprouve rien autre dans cet organe. Le *larynx* se présente absolument normal. Rien sur les aryténoïdes, parfait état des cordes vocales supérieures. Les cordes vocales inférieures ont leur coloration blanche et luisante. Elles s'écartent parfaitement à l'inspiration et se rapprochent de la ligne médiane pendant l'expiration et la phonation. Cette dernière se fait très peu, c'est plutôt un cri inarticulé que produit la vibration des cordes pendant leur rapprochement.

Après avoir retiré le miroir laryngien, parfaitement toléré d'ailleurs, le malade peut articuler à haute voix quelques mots et même commence une phrase. Mais tout à coup la voix s'évanouit pour revenir comme avant l'examen.

L'examen antérieur des fosses nasales décèle une quantité telle de productions polypeuses dans les deux narines que le spéculum ne peut entrer très profondément. La rhinoscopie postérieure montre l'arrière-cavité des fosses nasales absolument obstruée par des masses muqueuses dans lesquelles le doigt s'enfonce, ce qui permettrait de rectifier le diagnostic si on avait pu supposer la présence d'un polype fibreux. Nous sommes en présence de polypes muqueux du nez. M. M... savait parfaitement avoir des polypes. Il avait même dû, à un certain moment, prier un de ses amis, médecin à Abbeville, de lui enlever quelques polypes qui pendaient en dehors de la cavité nasale dans les mouvements de propulsion de la tête en avant.

Mais, retenu par la crainte d'une hémorrhagie trop abondante, il n'avait pas voulu laisser faire l'ablation complète

de toutes ces masses. D'ailleurs, ajoute mon malade, j'ai toujours eu ces polypes depuis trente ans et j'y suis habitué.

Vainement, j'essaye de le persuader en l'engageant à se faire opérer. Il est retenu par ses mêmes craintes. Il me demande de vouloir bien lui appliquer de nouveau le miroir laryngien qui une première fois lui a rendu l'organe. J'accède à son désir, et à plusieurs applications répond la disparition très momentanée de l'aphonie. Je pense alors à appliquer sur le larynx de mon sujet des courants faradiques et j'obtiens pour ma première séance une disparation d'aphonie de huit ou dix minutes. Insistant par trop sur la nécessité de l'ablation des polypes du nez, M. M... se décide un jour, et le 16 mars se fait l'extraction. Tantôt employant la pince, tantôt le serre-nœud, je finis par débarrasser complètement la narine droite et une partie de la narine gauche. Ce même jour, et pendant l'opération, l'aphonie disparaissait pour ne plus reparaître. Malgré les douleurs de la première opération, enchanté de pouvoir parler, mon malade revient le lendemain et j'achève l'opération. La voix est revenue, au dire du malade, plus belle que devant. Elle n'est plus nasonnée, ce qui, paraît-il, était très désagréable.

Sans autre traitement que des irrigations nasales, M. M... guérit très vite de son opération et put reprendre ses voyages sans plus être inquiété par son aphonie et par les symptômes déjà cités plus haut.

Observation II. — *La deuxième observation* porte sur une jeune femme de 22 ans que, le 4 juin, m'envoyait un de mes collègues de Mâcon, avec le diagnostic de phymie laryngée sans lésions pulmonaires.

Cette jeune femme était très pâle, de constitution frêle. Très lymphatique, elle avait souffert des yeux pendant sa jeunesse. Les règles s'étaient établies très tard, et maintenant encore n'étaient pas absolument régulières. Mariée depuis une année à peine, elle avait dès le début de son mariage été atteinte progressivement de raucité de la voix et enfin d'aphonie complète. Depuis quelque temps, elle s'amaigrit. Elle accuse des quintes de toux produites par un picotement à la

gorge. Ces quintes sont aussi fréquentes le jour que la nuit. Déjà, depuis longtemps, elle ne mouche plus et dort la bouche ouverte, ce qui lui occasionne de la sécheresse de la bouche et de la soif le matin au réveil. Les quintes de toux ne s'accompagnent pas d'expectoration.

Quelquefois le matin, à la suite de raclements du nez (expression de la malade), il y a une expectoration d'une matière verdâtre très adhérente au mouchoir. Le décubitus dorsal est empêché par de véritables crises d'asthme, qui obligent la malade à dormir assise sur son lit. Ronflement pendant le sommeil.

Le *pharynx* présente une face postérieure chagrinée et l'abaisse-langue provoquant un réflexe, je vois passer une mucosité verdâtre venant de l'arrière-cavité des fosses nasales.

L'emploi du chlorhydrate de cocaïne devient nécessaire pour favoriser la tolérance. Solution : 2 grammes pour 25 grammes d'eau. A la deuxième application on peut examiner le pharynx et le larynx. Les piliers et la voûte palatine sont décolorés.

Le *larynx* ne présente rien d'anormal. Les cordes vocales sont légèrement rosées, mais leurs mouvements se font très bien. L'espace inter-aryténoïdien est indemne, pas de rougeur, pas de gonflement.

Le *nez*. — A l'examen des narines, rhinoscopie antérieure, on trouve une hypertrophie énorme des deux cornets moyens et inférieurs. Cette hypertrophie qui se rencontre des deux côtés est assez considérable pour ne laisser passer qu'une petite sonde cannelée dans la cavité nasale. Les cornets sont très rouges, et leur attouchement produit un suintement de sang.

Cette hypertrophie est vue de même par la rhinoscopie postérieure. Rien au poumon, rien au cœur, pas d'antécédents syphilitiques.

Je pratique une fois par semaine des cautérisations au galvano-cautère, et fais faire à ma malade des pulvérisations froides d'acide borique, en solution aussi concentrée que possible, dans la cavité nasale. Ce n'est qu'après un mois de

ce traitement que les cornets subissent une diminution et que l'aphonie fait place à une voix encore fort désagréable à entendre.

Ce n'est qu'au milieu du mois d'août que, parallèlement à la diminution des cornets, la voix reprit un timbre normal. C'est le 28 août que la malade parla complètement. A cette date les picotements avaient disparu depuis près de 15 jours et la toux était très rare : un ou deux accès par jour.

J'examinai le larynx et le trouvai dans le même état que lors de la première inspection.

Simplement une légère rougeur des cordes vocales inférieures. Actuellement la malade est rentrée chez elle, et je l'examine à des intervalles très éloignés. Tous les phénomènes dont elle se plaignait ont disparu. Il n'y a plus de picotement, plus de toux, et le nez suit une marche vers la guérison. Le larynx, examiné ces derniers jours, commencement des eptembre, est toujours dans le même état, c'est-à-dire que la légère rougeur des cordes existe toujours.

Deux observations, à la vérité, ne peuvent suffire pour établir une théorie sur l'aphonie par lésions nasales. Cependant, en présence de ces deux faits, il est permis d'affirmer que des lésions du nez peuvent, en dehors de toute affection laryngée, produire de l'aphonie. Quel est le mécanisme producteur de cet état?

Voilà le fait qu'il m'a paru intéressant de soumettre à la discussion de la Société.

Faut-il admettre que l'espace inter-aryténoïdien est en corrélation avec l'aire érectile nasale et que par suite l'hypertrophie de cette aire érectile entraîne l'hyperémie de l'espace inter-aryténoïdien?

Faut-il, au contraire, penser que l'aphonie, sous l'influence de lésions nasales, ne provient que de troubles d'insertion dans les muscles inspirateurs, troubles produits sous l'influence de l'irritation de l'aire érectile transmise à la moelle par le nerfs sphéno-palatins, et réfléchie de là sur les muscles de l'expiration ? La première hypothèse sera facilement écartée, car nous avons trouvé

l'espace inter-aryténoïdien de nos deux sujets toujours absolument indemne, ne présentant aucune trace d'inflammation, pendant que l'aire érectile du nez subissait l'influence d'une grosse masse polypeuse ou d'une hypertrophie énorme.

Nous restons donc en présence de la seconde hypothèse. Peut-on l'accepter comme explication ? Faut-il en accepter une autre ?

Telles sont les questions que je suis heureux de soumettre à la Société.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES NÉVROSES RÉFLEXES PAR LÉSIONS NASALES (APHONIE SPASMODIQUE ET SPASME DU LARYNX)

Par le Dr **Th. Hering** (de Varsovie), médecin à l'hôpital Saint-Roch (1).

Je désire communiquer à la Société française de Laryngologie les résultats des recherches que j'ai faites sur l'origine de certaines formes de névroses réflexes par lésions nasales. Ces résultats, communiqués déjà sommairement au mois de juin dernier à la Société médicale de Varsovie, font partie d'un travail plus détaillé, qui va paraître très prochainement. Aujourd'hui, je désire seulement attirer l'attention de la Société sur quelques conclusions principales de mon travail, lesquelles ne confirment qu'en partie la théorie de Haak.

Ce dernier a attiré déjà l'attention sur ce fait, que les lésions de la muqueuse nasale, et particulièrement le gonflement des cornets inférieurs, peuvent être suivies d'un spasme plus ou moins prononcé des muscles de la glotte. Or, mes observations personnelles m'ont permis de m'assurer *que la présence des polypes nasaux peut également occasionner un spasme de la glotte.* Voici, en quelques

(1) Communication préalable faite à la Société française d'Otologie et de Laryngologie, séance du 15 octobre 1885.

mots, le cas que j'ai observé et qui confirme cette assertion :

Un homme, âgé de quarante-neuf ans, de grande taille, d'une santé robuste, est atteint d'accès de spasme de la glotte dont il souffre depuis trois ans. Ces accès, en survenant tantôt le jour, tantôt la nuit, sont parfois d'une telle intensité, que le malade croit suffoquer, — une constriction douloureuse de la gorge lui coupant complètement la respiration. A l'examen de la cavité nasale, j'ai trouvé chez ce malade, entre la cloison nasale et le cornet médian, un polype de la grandeur d'un pois, mobile et faisant des mouvements de bascule pendant la respiration. — Après l'extraction de ce polype, les spasmes du larynx ont disparu complètement et ne sont revenus qu'un an plus tard. Quand j'ai alors examiné le malade, j'ai retrouvé un autre polype, dont l'extraction a fait de nouveau disparaître ces accès extrêmement pénibles pour le malade. Depuis les accès ne sont plus revenus.

J'ai pu m'assurer par d'autres observations que les lésions de la muqueuse nasale ont pour effet des troubles nerveux (de nature réflexe), non seulement de la respiration, mais aussi *de la phonation*. On le voit d'une façon très évidente dans les deux observations suivantes :

1° M. X..., cinquante ans, atteint d'aphonie spasmodique, présente à l'examen laryngoscopique pendant la phonation un rapprochement complet des cordes vocales, qui se touchent de manière à ne plus pouvoir vibrer. J'ai observé parfois chez ce malade un entrecroisement des cartilages arythénoïdes et j'ai trouvé pendant la respiration sur le processus vocal deux ulcérations, suite de la pression exercée par les cordes convulsivement rapprochées (décubitus). La rhinoscopie antérieure a révélé la présence d'un gonflement du cornet médian gauche, qui touche à la cloison nasale. Cette partie est excessivement sensible au toucher avec la sonde, ce qui provoque un larmoiement, des accès d'éternuement et une sécrétion séreuse du nez. La muqueuse de-

vient alors très rouge. Une cautérisation avec de l'acide chromique appliquée à la partie gonflée produit l'effet contraire à ce dont je m'attendais. La parole est devenue de suite encore plus spasmodique, moins nette, et cet état dura quatre jours, c'est-à-dire jusqu'au moment où le gonflement du cornet arrêté a diminué de nouveau. Le malade a quitté ensuite la ville et s'est soustrait ainsi à l'observation ultérieure.

2° M. G..., cinquante-trois ans, souffre depuis onze ans d'une aphonie de nature spasmodique. Il attribue son état à un refroidissement et à des efforts produits par des cris prolongés. L'année dernière, des accès de suffocation (spasme du larynx) sont survenus. A l'examen laryngoscopique, j'ai trouvé, à l'exception des ulcérations, un état tout à fait pareil à celui que je viens de décrire dans le cas précédent : rapprochement spasmodique des cordes vocales, parfois entrecroisement des cartilages arythénoïdes. Au moment où le malade prononce « hè », les cordes vocales supérieures couvrent presque complètement les vraies cordes et la voix devient alors presque sourde. Les deux cornets médians du nez étaient rouges, gonflés, hypertrophiés et touchaient la cloison nasale. Toute cette partie manifestait une très grande sensibilité à l'introduction de la sonde, ce qui provoquait alors un écoulement des larmes et tous les symptômes mentionnés plus haut.

On voit ainsi dans ces trois observations — et c'est là un fait très frappant — l'existence simultanée des lésions anatomiques dans les cornets médians et des troubles nerveux. Dans ces trois cas, c'est une rhinite hypertrophique qui a provoqué le gonflement du cornet; ce dernier touchait ainsi la cloison nasale. Le cas du spasme du larynx diffère des deux autres cas, en ce que le polype étant intercalé entre le cornet médian et la cloison, exerçait sur cette dernière une pression ou l'irritait par ses mouvements produits pendant la respiration.

Tous ces malades manifestaient une sensibilité exagérée à l'introduction de la sonde. Il faut que j'ajoute que

dans le cas de laryngospasme, ce dernier se produisait toujours aussitôt que j'ai approché avec une sonde le cornet médian de la cloison nasale, et je comprimais ainsi cette dernière.

Ces observations, ainsi que plusieurs autres, que je vais publier très prochainement, me font croire que certains troubles nerveux réflexes par lésions nasales ne proviennent pas seulement d'un état de gonflement des corps caverneux, soit du cornet supérieur, soit du cornet inférieur, comme le prétend Haak, mais ils sont provoqués aussi, et même surtout, par la pression que ces organes pathologiquement modifiés exercent sur la cloison nasale. Cela a lieu surtout chez des individus dont la prédisposition névropathique est incontestable. Il m'est impossible pour le moment d'expliquer le mécanisme par lequel ces troubles réflexes ont lieu; cette question fera l'objet de mes recherches ultérieures.

COMPTE RENDU OFFICIEL
DE LA
SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Session ordinaire du 15 octobre 1885.

La séance est ouverte à 9 heures et demie du matin, salle de la mairie du 1er arrondissement.

Présidence du Dr C. Miot.

M. le Dr Moura, secrétaire, ne pouvant, pour raison majeure, assister à la séance, a prié notre confrère, M. le Dr Gellé, de vouloir bien le remplacer dans ses fonctions et de présenter ses excuses et ses vifs regrets en même temps à nos collègues présents.

Ordre du jour :

Présentations. — MM. les Drs Louis Vacher, d'Orléans, et Lévi de Paris, rue de Lille, 1, demandent à faire partie de la

Société, et sont présentés par MM. Gouguenheim et Moura. Leur demande, soumise au Comité, a été favorablement accueillie.

Communications :

M. Baratoux fait une communication sur **les névroses réflexes produites par suite d'affection nasale** (1).

M. Brébion, de Lyon, fait une communication sur **l'aphonie produite par lésion nasale** (2).

Contribution à l'étude des névroses réflexes par affection nasale; spasme sympathique du larynx, par M. le Dr Héring (3).

En l'absence de notre confrère, rappelé subitement à Varsovie pour deuil de famille, M. Gellé lit ce mémoire.

M. Vacher. — Je suis heureux d'avoir entendu les trois communications qui précèdent, car cette intéressante question de la relation que présente l'aphonie avec certaines affections nasales est, je crois, toute récente. Une chose seulement me surprend, c'est que toutes ces observations comportent un examen laryngoscopique qui démontrerait l'absence de toute affection ou lésion du larynx. Quant à moi, j'ai observé deux faits analogues : voix nasillarde, cloison nasale malade et nez dévié par suite d'une chute.

J'ai chaque fois constaté, soit dans le pharynx, soit *dans la partie supérieure de la glotte,* des altérations complémentaires de la lésion nasale.

Au-dessus des cordes vocales inférieures saines, les fausses cordes vocales ou replis supérieurs de la glotte, étaient rouges, légèrement tuméfiés, et l'intérieur du larynx obstrué par un flux muqueux considérable. C'était une espèce de laryngite chronique avec une inflammation des aryténoïdes

(1) Voir *Revue* p. 637. Ce mémoire 'a été présenté et lu au lieu et place des deux communications portées à l'ordre du jour sur la demande de l'auteur. — *Le Comité.*

(2) Voir *Revue*, p. 641.

(3) Voir *Revue*, p. 646.

telle que si j'introduisais la sonde dans la partie supérieure de la glotte, je ne pouvais plus voir *les cordes vocales*.

Pour moi, je n'ai pas encore vu de cas d'aphonie pure causée par une affection nasale.

Voici, du reste, l'une de mes deux observations. Ne sachant pas que la question devait être portée à l'ordre du jour, je n'en ai pas préparé la relation :

Un enfant de huit ans fit une forte chute et se brisa les os du nez; la cloison subit un déplacement complet, si bien qu'il était impossible de faire passer l'air dans cet organe.

La voix était nasonnée. Quand l'enfant avait à faire un chemin assez considérable, quand le coryza envahissait les deux cavités nasales, l'aphonie était presque complète; le petit malade parlait sur un ton très bas, attendu que dans les notes basses, les cordes vocales sont relâchées et ne produisent pas le rapprochement des cordes vocales supérieures, c'est-à-dire l'occlusion de l'orifice sus-glottique.

Dans le second cas observé, il y avait des lésions syphilitiques. Je ne constatai aucune altération sur les parties visibles des cordes vocales, ni dans le pharynx, quoiqu'il y eût des traces d'anciennes plaques muqueuses guéries.

Il n'en était pas de même du côté du nez et de l'isthme du gosier. Dans les fosses nasales on trouvait des ulcérations et l'isthme du gosier était engorgé, gonflé; quand ce malade voulait parler, sa parole était à peine un chuchotement.

M. Poyet. — Comme mon confrère M. Vacher, je trouve que l'aphonie par lésion nasale devrait être rapportée à autre chose qu'aux effets de l'action nasale. Ainsi, quand on applique le miroir, il arrive que l'on ramène la voix chez les hystériques aphones. Chez ces personnes, l'absence de la voix est toujours en rapport tantôt avec une inflammation momentanée du larynx, soit avec un éternuement fréquemment répété, soit avec des efforts de toux que font les malades pour se débarrasser de ce qui offense leur organe, efforts qui, au bout d'un certain temps, provoquent une inflammation légère des cordes vocales et même du larynx. Dans ces cas,

les malades sont obligés, pour émettre un son, de contracter plus fortement les cordes vocales, et celles-ci, au lieu de rester écartées, se mettent en contact *et éteignent les vibrations du son*.

Quant aux lésions nasales occasionnant des phénomènes d'altération de la voix, telles que celles que renferment les mémoires dont on vient de donner lecture, je pense qu'il y a des faits qui méritent d'être étudiés. Toutefois, il est difficile d'admettre que de petits polypes du nez puissent provoquer des accidents aussi marqués du côté du larynx.

J'ai eu occasion de voir des polypes et des corps étrangers dans le nez, et je n'ai jamais observé d'accidents semblables.

Je désirerais que l'on provoquât expérimentalement ces accidents vocaux par l'introduction de corps étrangers dans les fosses nasales; le doute serait ainsi levé.

M. Gellé. — J'ai été frappé aussi de la fréquence relative des polypes nasaux, des lésions hypertrophiques et des corps étrangers dans les fosses nasales, et du défaut de précision, de certitude dans la constatation simultanée des accidents réflexes du côté du larynx. On ne trouve pas notée l'altération de la voix dans les observations publiées à cet égard.

Comme mon collègue, M. Poyet, je pense qu'il faudrait peut-être chercher ailleurs que dans le nez la cause et l'explication des accidents laryngés.

J'ai eu l'occasion de voir plusieurs cas d'hypertrophie syphilitique avec oblitération d'une narine: cette hypertrophie avait envahi quelquefois la cloison jusqu'à la partie postérieure, ou bien les parties latérales dans toute leur étendue. J'ai soigné, par exemple, une chanteuse qui, en voulant soutenir une note, éprouve une forte gêne de la respiration, mais n'a point de gêne dans l'émission de la voix. Dans tous ces cas, je n'ai observé ni toux, ni altération même légère de la voix.

Selon moi, il y a deux causes auxquelles on peut attribuer le phénomène signalé.

Il y a d'abord un foyer réflexe, démontré par les expé-

riences. Ce foyer est excité par le contact des tumeurs. Mais il faut probablement quelque autre chose.

Les observations présentées par mon collègue, M. Baratoux, me fournissent, je crois, la clef du mystère. L'action de la cocaïne sur l'acte réflexe pathologique l'indique : c'est la sensibilité accrue, surexcitée.

Ensuite, n'êtes-vous pas frappés par la constance du siège de ces tumeurs sur le cornet moyen ou dans son voisinage, c'est-à-dire sur la limite des dernières expansions du nerf spécial? L'hypertrophie de la muqueuse doit être aussi admise.

Il y a donc là plusieurs conditions qui peuvent faciliter l'action réflexe à distance.

Je ferai observer en finissant que l'on ne compte plus aujourd'hui les personnes qui éprouvent des troubles de la phonation coïncidant avec des affections de l'oreille. J'ai été incidemment consulté pour des raucités de la voix et j'ai été étonné de trouver quelque chose dans l'oreille, rien dans le larynx. Lorsque l'oreille allait mieux, la voix revenait.

M. Vacher dit que cette aphonie d'origine auriculaire vient à l'appui de sa théorie.

M. Joal. — Les phénomènes réflexes existent, cela n'est pas douteux; mais pour qu'ils se produisent, il faut une prédisposition particulière des individus. J'ai vu des lésions nasales provoquant de la toux, de l'aphonie; mais j'ai remarqué ces effets chez des sujets le plus souvent prédisposés. J'ai rapporté autrefois, dans un travail, un grand nombre d'observations de polypes nasaux et j'ai cité de nombreux faits dans lesquels l'action réflexe avait eu lieu; je me suis attaché à établir surtout cette action chez les hystériques et chez les sujets issus d'asthmatiques.

Quant aux cas cités par M. Baratoux, je me demande s'il ne s'agissait pas d'individus nerveux atteints d'aphonie sans lésion nasale, aphonie résultant de troubles nerveux.

M. Gellé. — Nous savons que tous les organes musculaires subissent facilement l'influence des impressions ner-

veuses, surtout dans l'ordre réflexe. Les cordes vocales sont bien des organes musculaires; il n'est pas étonnant, par conséquent, que sous l'influence d'une irritation, puissent se produire ici l'aphonie, là une gêne de la respiration, chez des personnes prédisposées aux troubles fonctionnels.

M. Vacher. — Pourquoi cette action nerveuse n'amène-t-elle pas une modification dans l'état de la muqueuse laryngée, constatable au laryngoscope? Il doit y avoir toujours ou de la pâleur, ou une tension légère de la glotte.

M. Brébion. — J'ai bien examiné la question. Le premier malade vint me consulter et me dit : « *Je n'ai rien dans le larynx; j'ai été examiné par beaucoup de médecins qui tous ont déclaré que le larynx était sain.* » Les cordes vocales étaient blanches ; rien ne présentait de la rougeur.

Chez le second sujet, c'est-à-dire chez la jeune fille, j'ai remarqué une légère rougeur des cordes vocales, lesquelles ne peuvent pas être incriminées, puisque, même après guérison, cette rougeur persistait.

M. Ramon de la Sota y Lastra envoie un Mémoire sur le **croup; trachéotomie, extraction d'une grande fausse membrane de la trachée et des bronches** (1).

M. Baratoux. — M. le docteur Burghe a envoyé à M. Baratoux deux cas d'expulsion de fausses membranes.

Dans le premier, le docteur a eu le malade à sa disposition pendant seize ans et a pu suivre le développement de la membrane. Celle-ci a été expulsée, en 1881, à la Clinique de Chester.

Dans le second cas, il s'agit d'un employé de chemin de fer, âgé de trente-sept ans ; il est atteint de toux depuis deux ans; il est soumis à un traitement qui a été suivi de bons résultats.

Le dessin de la fausse membrane rejetée par ce malade est

(1) Voir *Revue* nº 11, novembre 1885.

présenté à la Société par M. Baratoux; on dirait un petit arbuste avec toutes ses racines et son chevelu le plus fin; la bronche et ses ramifications sont au complet.

M. Gellé fait remarquer que l'on voit des enfants atteints de broncho-pneumonie infectieuse guérir en sept à huit semaines par l'expulsion de débris de fausses membranes énormes, suivie d'une abondante expectoration puriforme.

M. Poyet cite un enfant de trois ans et demi guéri de cette manière.

Cas rares de polypes du larynx, par M. Moure. — En l'absence de M. Moure, M. Gellé lit ce travail (*Sera publié*).

M. Vacher. — A propos de ces observations de polypes laryngés, j'en signalerai un cas assez rare. Une malade que je soigne en ce moment est atteinte d'un polype, situé un peu au-dessous de la corde vocale inférieure droite; ce polype ne fait saillie que lorsque la malade veut crier, et quand elle crie, elle perd la voix.

La personne est venue à Paris; le médecin qui l'a examinée a essayé inutilement pendant douze jours d'extraire la petite tumeur. De mon côté, j'ai en vain cherché à pratiquer cette extraction pendant une douzaine de jours aussi. J'ai essayé de passer au-dessous un petit fil de fer; je n'ai point réussi. J'ai employé la cocaïne. Le polype est de la grosseur d'un petit pois.

M. Poyet. — On peut extraire le polype en introduisant une pince entre les cordes vocales; on fait subir un mouvement d'élévation à la corde vocale et le *polype peut être alors coupé facilement*.

Le polype signalé par M. Vacher est, en effet, rare. C'est entre les cordes vocales que l'on voit souvent insérés ces sortes de polypes. Il n'est pas nécessaire alors d'enlever la portion de la tumeur placée sous la corde vocale; cela exigerait une opération longue et difficile.

Dans le cas de M. Vacher, il me paraît absolument nécessaire de faire l'extraction.

M. Gellé. — En écoutant la lecture du mémoire de M. Moure, une réflexion que je désire vous soumettre m'est venue à l'esprit; la voici :

Nous parlions tout à l'heure de l'influence des affections nasales sur le larynx; il est utile de remarquer combien ce même organe malade subit l'influence réflexe et supporte sans réaction le contact des instruments. Il y a dans ce fait une opposition très curieuse.

M. Joal. — Je désirerais être renseigné sur le fait suivant : Il y a trois ans, un malade des environs de Saint-Etienne avait un polype muqueux placé sur la corde vocale droite. Je l'ai soigné et il a parfaitement rendu le polype. Aucun attouchement n'a été fait dans le larynx.

Le sujet est revenu l'année suivante. Le polype avait complètement disparu. Je l'ai revu l'année dernière et il m'a annoncé que son polype était revenu. Cette année, je l'ai vu au Mont-Dore. Le polype avait de nouveau disparu sans que l'on ait pratiqué aucune opération.

Je serais bien aise de savoir si des cas analogues ont été observés.

M. Brébion a vu un cas sémblable; mais il croit que la disparition du polype était due à des tentatives d'extraction.

M. Poyet observe que la toux, les spasmes laryngés peuvent déterminer l'expulsion de ces productions pathologiques.

M. Gouguenheim lit un mémoire sur **la caféine dans la phtisie pulmonaire**.

M. Gouguenhein rappelle que dans les dernières séances de la Société il avait été fait mention du chlorhydrate de caféine comme anesthésique local pour remplacer la cocaïne. Ayant fait des expériences à cet égard, il renonça à l'emploi du chlorhydrate, à cause de l'impossibilité de maintenir ce sel à l'état neutre, et fit usage d'un sel double, neutre et stable que M. Mandin, interne en pharmacie, lui avait préparé d'après la formule de M. Tanret.

D'après ces expériences, la caféine serait un anesthésique bien moins puissant que la cocaïne, et que l'auteur conseille surtout d'employer pour compléter et prolonger l'action de ce dernier agent. La caféine n'aurait pas les inconvénients qu'occasionne l'abus, ou l'emploi de solutions trop concentrées de cocaïne.

M. Baratoux. — La cocaïne est actuellement aussi bon marché que la caféine, puisque le gramme vaut 3 fr. 50 ; je crois donc que la caféine ne peut pas détrôner la cocaïne.

M. Gouguenheim. — Mes recherches ont été faites surtout en vue du prix élevé de la cocaïne. Leur intérêt n'en existe pas moins, quoique le prix de la cocaïne ait baissé ; c'est toujours cela d'acquis.

M. Baratoux. — La cocaïne américaine répand une odeur désagréable ; elle a besoin de subir une certaine préparation, car elle est mélangée à d'autres produits qui ne neutralisent pas ses effets.
La caféine est aussi toxique.

M. Gouguenheim. — La caféine est beaucoup moins toxique que la cocaïne ; elle a par conséquent bien moins d'inconvénients entre les mains des malades qui en font usage.

M. Baratoux. — A propos des moyens analgésiants, je crois devoir signaler l'emploi du *mentol* en Allemagne. Cette substance ne m'a donné que des effets calmants signalés par Fonssagrives dans son Dictionnaire. Ce n'est pas un anesthésique.

Observation du relâchement du tympan. — Surdité totale pour la parole. Guérison instantanée au moyen de la boulette d'ouate, par M. Gellé (1).

M. Miot, Président. — Il est regrettable que le titre exact de cette observation n'ait pas été porté à l'ordre du jour ; il

(1) Voir *Revue*, n° 11, novembre 1885.

aurait fourni un sujet de nombreuses réflexions intéressantes et je ne pense pas que l'on ait le temps de discuter cette question.

Je me contenterai de faire quelques remarques. MM. Troeltsch, Paul Ménière, Pomeroy, Politzer, ont publié des observations analogues. Les tympans étaient complètement entiers. En appliquant sur ces derniers une boulette d'ouate, on constatait aussi une grande amélioration de l'audition.

Dans l'observation de M. Gellé, je crois qu'il y avait *disconnexion* de l'enclume et de l'étrier ; par conséquent le rapprochement des deux osselets par la boulette a fait reparaître l'audition.

Cela est tellement vrai que, si l'on place sur un tympan perforé, avec disjonction de l'articulation de l'enclume et de l'étrier, un tympan artificiel, on obtient une amélioration immédiate de l'audition due à l'accolement de la pièce artificielle au sommet de l'étrier. En plaçant le tympan artificiel de manière à recouvrir le manche du marteau et affleurer le sommet de l'étrier, on obtient une acuité auditive faible. L'amélioration cesse aussitôt que la pièce ne touche plus l'étrier.

Dans le cas particulier indiqué par M. Gellé, il n'y avait absolument aucun inconvénient à perforer le tympan au moyen d'un bistouri ou d'une pointe très acérée dans la région occupée par le manche du marteau.

M. Gellé. — Le malade est venu chez moi; j'ai constaté les résultats heureux dont je vous ai entretenus ; il y a eu surprise du malade, surprise du médecin. J'avoue que l'idée de perforer le tympan chez un malade qui se trouve satisfait, ne m'est même pas venue à l'exprit.

M. Miot. — Si la membrane du tympan est plane, il est difficile de comprendre comment une membrane artificielle peut agir dans ce cas; ce n'est évidemment que par un rapprochement des osselets. Il y a là certainement un fait inexpliqué.

M. Gellé. — Je ne comprends pas très bien les objections

de mon confrère, M. Miot. Il est évident, d'après l'analyse que j'ai donnée, qu'il y a disconnexion de l'enclume et de l'étrier. L'enclume est un peu diminuée ou raccourcie; ou bien il y a destruction partielle de sa branche descendante; en tout cas, il n'y a plus conduction du son. La membrane épaissie s'oppose à ce que toute sensation ait lieu. La petite pression que j'exerce la pousse en dedans. Au moment où je mets la boulette, je rétablis la connexion sans doute.

Il y a là un sujet de discussion intéressant pour la Société.

J'ai fait cette communication à cause de l'étrangeté et de la rareté du fait.

Depuis cette époque, j'ai vu cinq ou six malades présentant des tympans à peu près semblables, j'ai essayé sur eux le même moyen et je les rendais sourds.

M. Baratoux. — Dans un cas de perforation du tympan considérable, j'ai rétabli très bien la voix chez une jeune fille en appliquant la boulette d'ouate, ce que la malade fait elle-même.

M. Miot. — Ce sont là des faits connus.

Présentation d'instruments.

Avant de terminer la séance, M. Miot, président, demande à présenter à la Socitété deux instruments.

Le premier est un insufflateur naso-pharyngien. Il est composé d'un récipient (*fig. 1*, 1, 2), qui a deux extrémités non coudées brusquement comme dans les insufflateurs ordinaires, mais obliques. Ces extrémités forment donc un plan incliné qui permet à l'air d'agir sur toute l'étendue des parois latérales et aux poudres de passer librement dans le tube, 5, d'où elles sont facilement entraînées au dehors après avoir traversé un grillage qu'on peut enlever ou mettre à volonté.

L'extrémité, 3, est munie d'un ajustage dont le diamètre intérieur doit être proportionné à celui du récipient pour que le courant d'air agisse même sur tous les points de la

paroi latérale les plus rapprochés de l'orifice de l'ajustage. A cet ajustage est fixé un tube en caoutchouc destiné à être



Fig. 1.
Insufflateur naso-pharyngien.

Fig. 2.
Polypotome nasal.

mis dans la bouche, ou adapté à un appareil quelconque à insufflations.

L'extrémité, 4, est terminée par un tupe conique, 5, qui peut être introduit dans les cavités nasale, buccale ou autres. On peut y assujettir à volonté l'embout recourbé, 6, 7, destiné à pratiquer des insufflations dans le pharynx nasal, les choannes, etc. L'embout ayant toujours les mêmes dimensions s'emboîte parfaitement dans le tube conique de l'insufflateur, de telle sorte qu'il peut être remplacé par un autre à chaque pansement, et qu'un malade de clinique, par exemple, peut s'en procurer un pour son usage personnel sans être obligé d'acheter l'appareil complet.

Le deuxième instrument est le polypotome nasal (*fig.* 2, A, C), semblable à celui de Wilde, auquel nous avons fait subir la modification suivante :

L'instrument, au lieu d'être d'une seule pièce, est formé de deux. La plus grande partie du tube, B, B′ B″, dans lequel passe le fil, peut s'adapter à volonté à l'instrument, ce qui permet d'en avoir plusieurs de formes et de courbures différentes, B, B′ B″, et de saisir avec beaucoup plus de facilité les diverses tumeurs développées dans les parties postérieures des fosses nasales ou dans le pharynx nasal.

M. Vacher propose à la Société de mettre à l'ordre du jour de la Session générale ou du Congrès de 1886, la question importante de la théorie de la voix.

(Renvoyé au Comité.)

COMPTE RENDU

DE LA

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE D'AMÉRIQUE

Septième congrès annuel, tenu à Détroit, Michighan, les 24, 25 et 26 juin 1885

(Traduit de l'anglais (1) par le Dr Charazac.)

1er jour. — 24 juin

La septième session de la Société de laryngologie d'Amérique s'est ouverte le 24 juin sous la présidence du Dr Shurly,

(1) D'après le *Medical News* du 11 juillet 1885.

de Détroit, qui adresse à ses collègues ses souhaits de bienvenue.

Le Dr Shurly fait une communicatiom sur l'**usage du galvanisme dans les maladies chroniques du pharynx** *(The use of galvanism in chronic diseases of the pharynx)*.

En 1880 il avait déjà attiré l'attention de ses collègues sur l'usage du galvanisme dans la pharyngite sèche; depuis lors, il en a fait usage dans bon nombre de cas avec un plein succès. La difficulté de porter les électrodes dans le pharynx peut être atténuée par l'emploi de la cocaïne. L'auteur pense que certains états du pharynx, tels que les engorgements chroniques, l'hypersécrétion, etc., sont bien souvent l'expression d'un état pathologique de l'estomac, du canal intestinal, peut-être même d'autres organes plus éloignés. Certaines névroses du pharynx, telles que l'hypéresthésie, le spasme et aussi la paresthésie, dépendent d'une altération des mêmes organes ou de l'appareil génito-urinaire ou de système nerveux; le traitement local, dans ce cas, doit être réduit à peu de chose ou même nul. Mais il est des lésions organiques de la muqueuse pharyngée qui sont caractérisées par une hypertrophie glandulaire, une hyperplasie générale, de l'hypersécrétion, de l'atrophie avec diminution des sécrétions, etc. Ce sont elles qui méritent une attention spéciale.

M. Shurly estime que l'hypertrophie et l'atrophie glandulaire avec ou sans hypersécrétion, avec des modifications peu accentuées dans l'état de la membrane, sont dues à une perversion dans les fonctions des nerfs qui se distribuent à la région pharyngienne. Partant de cette théorie que dans bon nombre de cas l'affection pharyngée était due à des troubles nerveux, l'auteur a été amené à employer l'électricité dans le traitement des maladies chroniques du larynx.

Dans les formes graves de catarrhe chronique naso-pharyngien, dans le cas d'engorgement avec hypersécrétion et aussi dans les affections pharyngées d'origine évidemment nerveuse telles que la paresthésie, il a obtenu les meilleurs résultats de l'application de l'électricité. Après avoir anes-

thésié le pharynx avec une solution de cocaïne à 4 0/0, il applique les électrodes : un dans l'intérieur des fosses nasales, un second sur la paroi postérieure du pharynx, pendant cinq minutes environ. Il commence par deux éléments pour aller jusqu'à quatre, il se sert d'une batterie composée d'éléments Leclanché. Les applications doivent être répétées deux ou trois fois par semaine, bien que dans certains cas une ou deux fois soit suffisant. Le traitement est plus ou moins long suivant la gravité et la nature du mal.

Le Dr F. H. Hooper lit une note sur **la fonction respiratoire du larynx humain** (*The respiratory function of the human larynx*).

Il donne les résultats de ses expériences au laboratoire de physiologie du Harvard university. Il doutait de l'exactitude de la théorie soutenue par plusieurs écrivains qui prétendent que les fibres abductrices des récurrents sont atteintes de meilleure heure que celles des adducteurs. Il a dirigé ses recherches dans ce sens en s'appuyant uniquement sur l'anatomie, la physiologie et l'expérimentation. Il résulte de ses recherches anatomiques que les fibres abductrices contenues dans les récurrents laryngés dérivent d'un plus grand nombre de sources que les fibres adductrices. Les muscles respiratoires du larynx ont, au point de vue physiologique, une plus grande importance que les autres muscles laryngés, et s'ils puisent l'impulsion nerveuse à un plus grand nombre de sources c'est pour les protéger contre la maladie, et non pour les rendre plus accessibles au mal. Son expérimentation a porté sur les chiens et une fois sur un cheval. Il disposait les chiens de manière à pouvoir surveiller par la bouche les cordes vocales pendant qu'on excitait les récurrents. Chacun sait qu'à l'état normal, toute irritation qui porte sur un ou sur les deux récurrents, produit subitement une constriction de la glotte. Les expériences furent faite sur des chiens, en premier lieu, plongés dans un profond sommeil narcotique, en second lieu en excitant le récurrent et en le détruisant

légèrement à l'aide d'un cristal d'acide chromique mis en contact avec lui, en troisième lieu par un fil à ligature placé sur le nerf et laissé en place plusieurs jours, de manière à déterminer un travail inflammatoire.

Quand un chien est profondément éthérisé (etherized), l'action des constricteurs est complètement abolie. Dans ces cas-là toute excitation portée sur les nerfs récurrents produit une dilatation considérable de la glotte au lieu de la constriction qui survient d'habitude. Les expériences à l'acide chromique n'ont pas démontré que les fibres abductrices eussent plus de tendance que les autres à être atteintes les premières. Dans l'expérience qui consista à placer une ligature sur le récurrent, ligature qui resta en place une semaine, il se produisit une altération des fibres nerveuses, de sorte que lorsqu'une excitation était portée sur le nerf au-dessous de ce point les cordes vocales se plaçaient dans l'abduction, preuve que les fibres abductrices avaient perdu le pouvoir de répondre à l'excitation. L'auteur conclut : Le fait principal demontré par ces expériences, est la puissance et la résistance des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Les raisons théoriques sont : l'importance physiologique de ces muscles, la durée de leur vie organique, les nombreuses sources nerveuses qui leur donnent l'excitation et tendent à leur conserver leur intégrité fonctionnelle. D'ailleurs, s'il est vrai que les fibres de l'abducteur ont une tendance à être atteintes et que la paralysie unilatérale de l'abducteur est une lésion si commune et si inoffensive, nous devrions théoriquement admettre que la paralysie bi-latérale de ce muscle doit être fréquemment observée. Or personne ne conteste que la paralysie bi-latérale des crico-aryténoïdiens est une maladie aussi rare que dangereuse.

L'auteur fait ensuite ressortir les analogies qui existent entre ces muscles et d'autres muscles du corps, et fait observer que de tous les muscles de l'économie, les muscles respirateurs sont toujours les derniers attaqués. En terminant, l'auteur se propose d'étudier le sujet au point de vue clinique; il espère que l'on pourra peut-être expliquer plus tard les

positions que prennent les cordes vocales immobiles, sans qu'il soit nécessaire d'invoquer la tendance à être attaqué, pour un des muscles les plus énergiques de l'organisme humain.

Dans la discussion qui suit et auxquels prennent part les Drs Solis Cohen, Harrison Allen, Delavan, l'auteur est vivement félicité. On mentionne plusieurs observations cliniques venant à l'appui de cette communication.

Le Dr H. A. JOHNSON, de Chicago, fait une communication sur **certains troubles moteurs du larynx et leurs causes** (*Some of the motor derangements of the larynx, with causes*). Il rapporte une vingtaine d'observations du plus haut intérêt.

Le Dr WILLIAM C. GLASCOW, de Saint-Louis, lit un travail sur **certains troubles vaso-moteurs de la muqueuse du nez** *(On certain vaso-motor disturbances of the nasal membrane)*.

Depuis quelque temps son attention a été attirée par une série de faits que l'inflammation ne pouvait expliquer. Cette explication, il croit l'avoir trouvée dans l'action des vaso-moteurs, bien que les lois qui les régissent soient imparfaitement connues, et les succès qu'il a obtenus par le traitement sont venus le confirmer dans cette idée. Ses observations l'ont conduit à des conclusions différentes de celles développées par divers membres de l'Association, en particulier par les Drs Mackenzie de Baltimore, Roe et Daly, et par Hack de Fribourg. J'ai noté une série de cas caractérisés par un gonflement considérable, en particulier du tissu caverneux, et un écoulement abondant du liquide limpide, une pâleur anormale de la muqueuse. Autrefois, quand les cas de ce genre se présentaient pendant l'été, il se contentait de les considérer comme des types modifiés de fièvre de foin; les voyant survenir sans distinction de saison, il put se convaincre qu'on devait là invoquer une cause différente de celle qui est considérée d'ordinaire comme produisant l'hay fever. Il

fut amené à croire que la cause principale de ces troubles est d'origine nerveuse, et que la fièvre des foins est produite par un désordre fonctionnel du système nerveux dans lequel survient un hypéresthésie de la muqueuse du nez qui produit les symptômes réflexes bien connus, et des troubles dans l'action normale des vaso-moteurs. Il considère aussi les cas dont il a parlé plus haut comme intimement liés à la fièvre de foin, quant à l'étiologie et au mécanisme par lequel ils se produisent.

L'auteur conclut que cet état de la muqueuse est dû à la contraction des artérioles causée par l'action des constricteurs.

Il en résulte une augmentation dans la tension artérielle qui détermine une infiltration de la muqueuse, en même temps qu'une hypersécrétion glandulaire. L'action favorable des rémèdes qui favorisent la dilatation artérielle, de l'atropine par exemple, vient à l'appui de la théorie du spasme des artérioles.

A la discussion qui suit prennent part les Drs Roe, Robertson, Mackenzie et Allen.

Le Dr JOHN MACKENZIE, de Baltimore, lit un travail intitulé : **Réflexions sur l'étiologie des affections inflammatoires simples de la partie supérieure des voies aériennes** (*Reflections on the etiology of the simple inflammatory affections of the upper air-passages*).

Il donne les conclusions suivantes : 1° l'inflammation de la partie supérieure des voies aériennes, qu'elle soit générale ou localisée à l'une de ses parties, est une maladie qui a existé dès les temps les plus reculés ; 2° les principales causes prédisposantes et excitantes ayant existé à toutes les époques, son origine date de l'apparition de l'homme ; 3° l'évolution du catarrhe nasal, pharyngé ou laryngé, dans une localité donnée, dépend, suivant toutes probabilités, de son histoire géologique et des variations météorologiques. Aussi les limites géographiques de l'affection ont-elles varié aux différentes époques de la formation du sol.

La communication suivante est du Dr Bryson Delavan sur l'**érysipèle du larynx et du pharynx** (*Erysipelas of the larynx and pharynx*).

L'auteur en rapporte deux cas originaux. Dans le premier, l'affection débuta sur une amygdale. Elle s'étendit de là au pharynx, aux fosses nasales, aux lèvres et à toute la tête. Le malade présenta des symptômes cérébraux aigus. La convalescence survint après quinze jours de maladie, laissant le malade dans un état d'idiotie chronique. Le second cas fut observé par l'auteur chez un individu rhumatisant et débilité. La maladie débuta par le larynx et s'étendit aux poumons où elle donna lieu à tous les symptômes de la broncho-pneumonie et du pharynx où elle détermina une congestion très intense. A l'examen laryngoscopique on put voir le larynx tuméfié, d'une coloration rouge sombre. Il ne fut pas cependant nécessaire de pratiquer la trachéotomie. Les symptômes généraux furent relativement peu intenses. Le malade guérit.

Dans le premier cas, les symptômes cérébraux furent le résultat d'une méningite aiguë, due au poison morbide. L'érysipèle du larynx et du pharynx est rare, dit l'auteur, et le diagnostic présente un fort grand intérêt.

Le Dr D. Blois, de Boston, rappelle qu'il a publié un cas de ce genre l'année précédente.

Le Dr Rice, de New-York, est de l'avis de l'auteur et croit que cette affection est rare dans la pratique hospitalière.

Le Dr Roe de Rochester a fait usage avec succès de pulvérisations d'alcool dans un cas de ce genre.

Le Dr Cohen pense que l'efficacité bien connue du chlorhydrate de pilocarpine dans l'érysipèle de la face peut faire songer à son emploi dans cette manifestation spéciale.

Le Dr Delavan fait observer en terminant la discussion que l'on donne ordinairement la pilocarpine à des doses trop élevées. On ne doit pas dépasser 2 milligr. 1/2 en injections hypodermiques.

Deuxième jour. — 25 juin.

Après la lecture du rapport du bibliothécaire de l'Association, le Dr Frank L. Ives, de New-York, fait une communication sur **un cas d'hémorrhagie laryngée sous-muqueuse compliquée de kyste** (*A case of submucous laryngeal hemorrhage complicated by cyst*).

Le Dr Harrison Allen lit ensuite une note sur **le galvano-cautère en laryngologie** *(The galvano-cautery in laryngological practice)*.

Il présente un nouveau serre-nœud galvanique. Il est basé sur le principe du serre-nœud de Jarvis avec cette différence qu'il fait usage d'un fil de platine et que par un mécanisme spécial on peut se servir de l'instrument soit à chaud, soit à froid.

Le Dr Andrew H. Smith, de New-York, fait une intéressante communication sur **les principes sur lesquels doit se baser la fabrication des pulvérisateurs** *(The principles involved in the construction of spray-tubes)*.

Divers instruments sont ensuite présentés à la Société par MM. les Drs Cohen, D. Blois, Asch, Hooper, Seiler et Jarvis.

La séance du soir est ouverte par la lecture d'un très sérieux et très intéressant travail du Dr E. Flechter Ingals, de Chicago, intitulé : **Leucoplasie buccale et linguale, ou ichthyose linguale, traitée avec succès par le galvano-cautère** (*Leucoplakia buccalis et linguæ, or ichthyosis linguæ, successful treatment by galvano-cautery*).

Au cours de l'année précédente, l'auteur a eu la bonne fortune d'avoir à traiter et de guérir une affection de la langue assez rare et très rebelle. Il en a fait le sujet de la précédente communication. Cette maladie est connue depuis peu, elle a donné lieu à un petit nombre de travaux et a été confondue avec un bon nombre d'autres affections de la langue et de la bouche (plaques des fumeurs, psoriasis lin-

al, syphilis linguale). L'auteur la définit : une affection
·onique de la muqueuse buccale caractérisée par un
ıflement de l'épithélium et la formation de plaques blan-
ɔs, opalines, saillantes qui, d'ordinaire, donnent lieu à des
ures douloureuses et finissent, après un temps plus ou
ins long, par dégénérer en épithélioma. L'auteur donne un
ɪrçu historique fort complet, étudie les caractères anato-
ques, les causes, la marche clinique et le diagnostic de la
ladie. Le pronostic et la durée de l'affection sont variables.
rapporte deux cas, dans lesquels l'affection s'est trans-
mée en cancer en l'espace de six mois. Les symptômes qui
·mettent de reconnaître que la leucoplasie s'est transformée
épithélioma sont les suivants : engorgement non inflam-
toire des ganglions, avec exfoliations et ulcérations des
ques, douleur, salivation, induration des tissus sous-
ents; en dernier lieu, gonflement de la région sous-maxil-
re, et mort par cachexie.

Traitement.— Dans les cas de leucoplasie, le praticien doit
igner toutes causes d'irritation, en particulier celles qui
ultent de l'usage de l'alcool, et, si l'appareil digestif est lésé,
qui est très fréquent, un traitement actif doit être dirigé
ce côté. Dans les observations que rapporte l'auteur, les
ɔlications de teinture d'iode, de nitrate d'argent ont plutôt
ɡravé l'affection. On doit, dès le principe, appliquer le
vano-cautère, lui seul peut enrayer le mal. Ses études et
expérience personnelles permettent à l'auteur de donner
conclusions suivantes :

1° La leucoplasie buccale est une affection idiopathique
tincte du psoriasis, des plaques des fumeurs et de la
ɔhilis. On l'observe le plus souvent chez l'homme, après
ɡe mûr, rarement chez la femme.

2° On l'observe souvent chez les fumeurs endurcis, l'abus
tabac pouvant être invoqué comme une cause excitante,
is on la constate quelquefois chez des individus n'ayant
ıais fumé.

3° C'est une maladie chronique qui le plus souvent dégénère
épithélioma.

4° Le traitement est sans effets, les applications locales de sédatif ou de caustique sont le plus souvent nuisibles et amènent plus rapidement la transformation en épithélioma.

5° Seul le cautère actuel ou le galvano-cautère peut guérir la maladie.

Le Dr Ingals est vivement félicité par les membres de l'Association sur son intéressante et très importante communication.

Le Dr R. P. Lincoln, de New-York, rapporte **une observation du mélano-sarcome des fosses nasales guéri par le galvano-cautère** (*A case of melano-sarcoma of the nose cured by galvano-cauterization*).

La tumeur occupait la narine droite et avait été opérée déjà deux fois en l'espace de 8 mois. Le malade vint trouver le docteur Lincoln en novembre 1884. Il enleva la tumeur au moyen de l'écraseur galvanique; les points d'inplantations furent ensuite cautérisés à diverses reprises. L'examen histologique pratiqué par le Dr Ferguson montra que l'on avait eu affaire à un mélano-sarcome.

Le Dr Roe, de Rochester, rapporte une observation **d'angiome des fosses nasales** (*Angioma of the nose*).

L'auteur fait une étude fort intéressante du sujet et donne une bibliographie complète.

Le Dr Robertson, de Détroit, lit une note sur **les difformités du nez considérées comme facteur dans le catarrhe nasal** (*Deformities of the nose as a factor in nasal catarrh*).

Les causes du plus grand nombre des difformités du nez sont le traumatisme, la syphilis, la scrofule, la tuberculose associées aux autres maladies qui déterminent l'ulcération et la nécrose, et aussi les vices de développement.

Le Dr Clarence C. Rice, de New-York, fait une communication sur **les adhérences inflammatoires du voile du**

alais à la paroi du pharynx (*Inflammatory adhesions of ie soft palate to the wall of the pharynx*).

Les cas de ce genre peuvent être divisés en deux classes : ' Il existe une simple adhérence du voile à la paroi pharyn-ienne ; 2° cette adhérence cicatricielle se complique de itrécissement de la cavité naso-pharyngienne. Il termine ır une observation, dans laquelle le malade fut opéré par i avec succès.

3me jour. — 26 juin.

La séance est ouverte par une communication du Dr Bever-ıy Robinson sur l'**alimentation dans la phtisie laryn-ée** (*Alimentation in larynged phthisis*).

Il existe, dit l'auteur, trois méthodes en vogue : 1re La sur-imentation préconisée par Debove et autres. 2e L'alimen-tion à l'aide d'un petit tube introduit peu profondément ıns l'œsophage, méthode de Delavan. 3e L'alimentation par voie rectacle. Il préconise l'emploi de la cocaïne qui calme douleur et permet au malade d'avaler facilement.

Le Dr Cohen préconise la méthode de Delavan ; il en a fait age souvent avec succès.

Le Dr Delavan dit qu'avec les petits tubes l'usage de la caïne est inutile, puisqu'ils protègent les ulcérations contre passage des aliments.

En l'absence des Drs Bosworth, de New-York, et G. W. ıjor, de Montreal, on lit le titre de leurs communications : **ote additionnelle sur l'action thérapeutique de la caïne** (*An additional note on the therapeutic action of caïne*) ; **Un cas de catarrhe nasal membraneux** (*A se of membranous nasal catarrh*).

Le Dr S. Solis-Cohen, de Philadelphie, communique le ıultat de son expérience sur quelques agents nouveaux uvant être introduits dans la thérapeutique laryngologique. Ce sont : 1° l'érythroxylon en infusion concentrée comme

substitutif de la cocaïne; 2° l'eau oxygénée; 3° l'oléate d'aco nitine; 4° l'iodure d'éthyle.

La séance se termine par une discussion sur l'**efficacité des mesures de douceur dans le traitement du catarrhe nasal ou naso-pharyngien** (*The efficacy of mild measures in the treatment of so-called naso and naso-pharyngeal catarrh*).

Les mesures de douceur sont plus souvent indiquées que les moyens violents, dit le Dr Solis-Cohen; il est important de distinguer entre l'hypertrophie vraie et la simple turgescence de la muqueuse nasale. La compression avec une tige de laminaire est un fort bon moyen de traitement de la turgescence simple.

A cette discussion prennent part les Drs De Blois, Cooper, Asch, Rice, Mackenzie et Shurly; les opinions du Dr Solis-Cohen sont généralement adoptées.

Le bureau est élu pour l'année suivante :

Président, Dr Harrison Allen, de Philadelphie; *vice-présidents*, Drs Johnson, de Chicago, et G. W. Major, de Montréal; *secrétaire et trésorier*, Bryson Delavan, de New-York; *bibliothécaire*, Dr French, de Brooklyn; *membre du conseil*, Dr J. Solis-Cohen, de Philadelphie.

Le prochain congrès annuel se tiendra à Philadelphie dans la dernière semaine de mai 1886. Dr J. Ch.

BIBLIOGRAPHIE

L'oreille, ses maladies et leur guérison *(L'orecchio, le sue malattie e la loro cura)*, par le Dr Vittorio Grazzi.

L'auteur, dans cette importante brochure, faite pour l'Encycoplédie médicale Italienne, dont elle est extraite, étudie successivement l'anatomie de toutes les parties qui composent l'oreille, faisant aussi la description des altérations pathologiques qui s'y rattachent.

Le premier chapitre comprend le pavillon de l'oreille et sa pathologie (traumatisme, inflammation, gelures, érysipèle, dermatoses, néoplasmes, affections diathésiques ou nerveuses). Viennent ensuite la manière de procéder pour pratiquer l'examen fonctionnel et objectif de l'organe auditif, puis l'anatomie, la physiologie et la pathologie du conduit auditif externe.

A propos de l'otite furonculeuse, il rappelle la théorie microbienne émise par M. Lowenberg et conseille comme traitement, en dehors de la médication détersive et émolliente habituelle, l'emploi de ouate boriquée ou salicylée placée à l'entrée du méat. Contre l'eczéma du conduit, il recommande l'emploi de pommades à l'oxyde de zinc, la résorcine ou le nitrate d'argent (0,30 pour 10 gr. de vaseline); mais le goudron, l'huile de cade ou même le turbith minéral, me paraissent être au moins aussi efficaces que les médicaments recommandés par l'auteur.

A propos des exostoses, il résume les expériences de Field, qui s'est occupé de la question d'une manière toute spéciale. La série habituelle des corps étrangers de l'oreille, avec les complications dues aux manœuvres intempestives, terminent cette première partie.

Dans la deuxième, M. Grazzi étudie des affections de la caisse du tympan dont il expose d'abord l'état anatomique et les rapports importants avec les organes voisins ou ceux qui la traversent.

Les myringites aiguës ou chroniques et les abcès du tympan forment le premier chapitre, auquel font suite les dégénérescences de la membrane (sclérose, épaississement fibreux, atrophie), et les perforations pathologiques ou chirurgicales dont elle peut être le siège. A propos de ces dernières lésions, l'auteur décrit les différents tympans artificiels, leurs indications et le moyen de les appliquer.

Le deuxième chapitre est consacré à l'étude des maladies de la caisse : l'otite catarrhale aiguë ou chronique,

l'otite suppurée aiguë et, à propos de cette dernière, les insufflations par le procédé de Politzer, sont l'objet de descriptions minutieuses. En décrivant l'otorrhée, il insiste sur les diverses complications habituelles de cette affection à laquelle on attache toujours trop peu d'attention dans le public médical. Les polypes de l'oreille, leur mode de développement, leur structure et surtout leur traitement forment, avec les abcès mastoïdiens, le corollaire habituel de cet important chapitre.

La trompe d'Eustache, son anatomie, sa physiologie spéciale et sa pathologie viennent compléter cette deuxième partie.

La troisième comprend l'anatomie de l'oreille interne, la physiologie des différents organes de l'audition, et enfin les diverses lésions susceptibles d'atteindre cette portion de l'oreille. Après avoir rappelé les symptômes qui caractérisent l'hypérémie et l'inflammation du labyrinthe, il décrit l'hémorragie labyrinthique (maladie de Menière), rappelant qu'il convient aujourd'hui de restreindre la dénomination de maladie de Menière à l'hémorragie labyrinthique et non à toute la série des affections de l'oreille dans lesquelles on peut rencontrer les symptômes habituels de cette maladie. Pour traiter la maladie de Menière, il conseille encore l'emploi des sels de quinine, donnant la préférence au valérianate, qu'il mélange avec de l'extrait d'aconit et de quinquina. Les affections syphilitiques du labyrinthe complètent ce paragraphe. Viennent enfin l'anémie et les tumeurs de l'oreille interne et l'atrophie du nerf acoustique.

L'otalgie, les sensations subjectives de l'ouïe, l'audition colorée, les appareils prothétiques de l'oreille, la surdi-mutité complètent cet article, auquel est annexé un index bibliographique complet de tout ce qui a trait de près ou de loin à la science otologique.

On comprend que nous ne puissions suivre l'auteur dans toutes les descriptions qu'il donne, son article formant une véritable monographie sur l'oreille et sa pa-

thologie, ainsi que l'indique le titre du travail. Dire que ce dernier est fait pour faire partie du grand dictionnaire italien, n'est-ce pas donner suffisamment la note de cet ouvrage, pour qu'il nous soit inutile d'insister davantage sur la partie scientifique? Nous ne pourrions que regretter, au point de vue matériel, typographique, le peu de netteté de division entre chaque chapitre, qui rend les recherches plus difficiles et plus laborieuses. *(Estratto della Enciclop. med. Ital. della Casa editrice Dott. Francesco Vallardi.)*

D[r] E. J. M.

REVUE GÉNÉRALE — ANALYSES

NEZ.

Un cas de rhinolithe, avec remarques *(A case of rhinolith with remarks)*, par le D[r] Creswell Baber.

Le D[r] A. souffrait depuis deux ou trois mois d'un écoulement de la narine gauche, aqueux pendant le jour, épais la nuit et quelquefois teinté de sang. S'il se couche sur le côté droit, l'écoulement est moins abondant que s'il se couche sur le côté gauche ; l'écoulement est parfois fétide ; ni douleurs, ni troubles auriculaires, ni symptômes réflexes.

Par la rhinoscopie antérieure, on trouve à droite une déviation considérable de la cloison. A gauche, la narine est remplie d'une sécrétion épaisse et de granulations. Après une irrigation, M. Creswell Baber trouve entre l'extrémité antérieure du cornet inférieur et la cloison un corps noir très dur et mobile, présentant à la sonde une surface très irrégulière. Il essaie de l'enlever avec des pinces, mais la tentative est infructueuse ; il conseille des irrigations d'eau salée et de revenir deux jours après.

En questionnant le malade, il apprend qu'à l'âge de trois ou quatre ans, il s'était mis dans les narines un bouton de bottine noir, mais il ne peut se rappeler de quel côté. Deux

ou trois jours après le malade, qui lors de l'examen auquel il avait été soumis, avait senti le corps étranger remuer, réussit à l'enlever lui-même en trois ou quatre morceaux.

Il éprouva les jours qui suivirent quelques épistaxis, mais l'écoulement a cessé. Le corps étranger fut examiné par le Dr Delépin : il pesait 0,50 centig., il était de forme régulière ovale et présentait çà et là de petites dépressions irrégulières. L'analyse chimique fut faite : le rhinolithe contenait 35 0/0 de matière organique, le reste était de la substance inorganique dans laquelle il entrait une forte proportion de fer, carbonate et oxyde, du carbonate et phosphate de chaux, phosphate de magnésie et d'ammoniaque (*The Brit. med. journ.*, 17 octobre 1885). Dr J. Ch.

Guérit-on de l'Hay-fever ? (*Is there a cure for Hay-fever ?*), Par le Dr Cheatham.

Après avoir rapporté les opinions de divers auteurs, Roe, Daly, Sajous, Mackenzie, et le résultat de leurs statistiques, l'auteur étudie les causes, les symptômes principaux et le traitement de l'affection et donne les conclusions suivantes :

1° Tous les états pathologiques de la cavité nasale, hypertrophie, polypes, exostoses, doivent être guéris avant de procéder aux cautérisations superficielles.

2° Ces dernières produisent les meilleurs effets lorsqu'elles sont pratiquées six semaines au moins avant le début de l'attaque.

3° Le traitement peut être commencé au milieu d'une attaque, celle-ci mais surtout les suivantes en sont heureusement modifiées.

4° L'immunité pour l'Hay-fever dépend surtout de la manière dont le traitement est dirigé (*The Louisville Med. News*, 22 août 1885). Dr J. Charazac.

La cocaïne dans l'Hay-fever (*Cocaïne in Hay-fever*), par le Dr Watson.

L'auteur rapporte une observation de fièvre de foins dont il a lui-même souffert. L'attaque, chez lui, débute d'ordinaire

dans la dernière semaine de mai, pour se continuer sans intermission jusqu'à la fin de juillet. Il éprouve des symptômes locaux et des symptômes généraux.

Les symptômes locaux sont l'éternuement, et des phénomènes nasaux, oculaires et palatins. L'éternuement constitue un des symptômes les plus pénibles. Les éternuements surviennent à n'importe quel moment du jour ou de la nuit, aggravés par le pollen, les particules solides en suspension dans l'air; un mouchoir séché depuis peu et qui n'a pas été secoué avant de s'en servir, a amené chez lui de violentes crises; la grande chaleur et l'exposition au soleil aggravent aussi les symptômes. L'obscurité, l'air froid, la pluie et le brouillard, l'eau, atténuent les éternuements chez lui.

Les symptômes nasaux consistent surtout en une démangeaison et une irritation de la muqueuse accompagnés d'une abondante sécrétion d'nn liquide âcre et irritant. Les symptômes oculaires consistent en une sensation du chatouillement (tickling sensation) du bord des paupières avec écoulement abondant de larmes pendant les accès d'éternuement. Cette même sensation de chatouillement existe aussi à la voûte palatine.

Les symptômes généraux consistent, chez lui, en une lassitude générale (principalement intellectuelle), en de violentes douleurs de tête.

Traitement. — L'auteur s'est traité avec le plus grand succès, avec la cocaïne. Il introduisait dans chaque narine une tablette contenant un centigramme de cocaïne et la laissait fondre dans le nez. En quinze jours, il a dû faire usage de 24 de ces pastilles (*The medical Bulletin*, septembre 1885). Dr J. Charazac.

LARYNX, TRACHÉE.

Corps étranger du larynx; ablation par la plaie trachéale; guérison (*Foreign body in the larynx, removal through tracheotomy wound; recovery*), par le Dr Solomon C. Smith.

Le 17 juillet, l'auteur vit à l'infirmerie d'Halifax une fillette de cinq ans, souffrant d'une dyspnée très intense qui

datait de la veille et qui était survenue après que l'enfant, par accident, eut avalé un bouton. Un émétique fut administré qui n'améliora pas l'état de la malade. La gêne était considérable et la respiration, qui n'avait lieu qu'au prix d'efforts musculaires considérables, était stridente, les narines étaient pincées, la peau moite et quelque peu cyanosée, le pouls très faible. La voix n'était pas absolument perdue, mais la toux était croupale.

L'examen laryngoscopique montre les cordes vocales libres et au-dessous un corps brillant d'un éclat métallique. Le danger était imminent : on pratiqua la trachéotomie. Le corps étranger n'ayant pas été expulsé après l'opération, comme on l'espérait, et la muqueuse laryngée étant devenue rouge et gonflée, l'auteur enleva le tube et passa une sonde dans la plaie trachéale ; il sentit la résistance du corps étranger à environ un quart de pouce de l'extrémité supérieure de la plaie. Il était fortement retenu en place et une première application des pinces ne put parvenir à le dégager, mais après avoir élargi quelque peu la plaie, il put le retirer sans trop de difficulté. La plaie fut un peu longue à cicatriser, la malade cependant était complètement guérie le 5 août (*The Lancet*, 17 octobre 1885). D[r] J. Ch.

Bronchocèle compliqué de spasme laryngé (*Bronchocele complicated with laryngeal spasm*), par le D[r] W. Younan.

Il s'agit d'un malade atteint de goître depuis sept ans, qui fut pris de spasmes de la glotte violents, survenant par accès assez nombreux. Le D[r] Younan administra de l'aconit à l'intérieur, et à sa grande surprise le médicament agit comme un charme : « medicine acted like a charm. » (*The Lancet*, 17 octobre 1885). D[r] J. Ch.

Mort occasionnée par un œdème de la glotte (*Death from œdema of the glottis*).

Le D[r] Louis Jurist présente le larynx et la trachée enlevés, après la mort d'un homme, âgé de trente-huit ans, mort subitement. Pas de syphilis. Il prit froid un samedi et il en

résulta un mal de gorge ; le mardi, il consulta le docteur et un examen démontra seulement l'existence d'une pharyngite ordinaire. Le vendredi, le malade put vaquer à ses affaires; mais, le soir du même jour, le médecin est mandé en toute hâte et, arrivant aussitôt, il trouve l'homme mort. Néanmoins, une laryngotomie est pratiquée et tous les efforts sont faits pour ranimer le cœur, mais en vain.

Le Dr Jurist enleva le larynx de la cavité thoracique. Il doutait de la cause du décès. Les poumons étaient sains, quoique *congestionnés* d'un côté; il avait été en présence d'un abcès.

Le Dr Tyson est surpris que le traitement ait été suivi d'une amélioration marquée puisqu'il existait un abcès. Peut-être s'agissait-il d'œdème des tissus voisins qui aurait diminué?

Le Dr Wharton pense qu'il fallait pratiquer la trachéotomie et non la laryngotomie.

Le Dr Jurist se demande s'il s'est agi d'une périchondrite accompagnée d'abcès ou d'une laryngite phlegmoneuse. Il se rattache plutôt au premier diagnostic (*Pathol. Soc. of Philadelphia*, séance du 24 septembre, et *Philadelphia med. Times*, 31 octobre 1885).

Mort subite par œdème de la glotte (*Sudden death from œdema of the glottis*), par le Dr Jones, de Baltimore.

J. B., homme robuste, 52 ans; son travail l'expose à toutes les intempéries des saisons; il fait, en outre, un abus considérable de l'alcool. Nie la syphilis. L'examen du sujet, homme solidement charpenté, permet d'éliminer toute affection du cœur et des poumons. Il présente un léger œdème des extrémités, œdème passager. On lui donne de la digitale pendant trois jours. Il paraissait à peu près rétabli lorsqu'il fut pris de douleurs à la gorge, gêne à la déglutition, dyspnée légère. Les poumons, examinés, laissent entendre le murmure vésiculaire normal. La gorge ne présente aucun symptôme alarmant, on constate simplement de la rougeur et un léger gonflement des piliers et de la paroi postérieure du pharynx.

L'épiglotte est également rouge et gonflée sur une certaine étendue. Gargarismes au chlorate de potasse et au perchlorure de fer avec glycérine et eau. Moins d'une heure après, le malade était mort d'un accès de suffocation. L'autopsie pratiquée une heure après montre l'épiglotte et le larynx tout entier, gonflés et œdématiés. L'œdème était assez considérable pour obstruer presque entièrement l'orifice supérieur du larynx. L'examen des autres organes révèle de la dilatation cardiaque et des adhérences du poumon à la plèvre; les reins de grosseur normale, la capsule adhérente par place, le parenchyme hyperémié.

L'auteur attribue cet œdème de la glotte à une néphrite parenchymateuse. *(Philadelphia med. Times*, 30 octobre 1885.)

Dr J. CHARAZAC.

Trachéotomie pour un cas de lupus laryngé (*Case of tracheotomy for lupus of the larynx*), par le Dr SHIELDS.

Le malade, un médecin âgé de cinquante-cinq ans, avait la voix rauque et éprouvait des doulenrs à la déglutition depuis un an environ. Sa voix était devenue absolument éteinte, il existait de la dyspnée. Au laryngoscope, on constate une rougeur et une congestion générale de la muqueuse, avec un gonflement très considérable de la corde et de la bande ventriculaire droite. La tumeur était recouverte de petits tubercules pâles, charnus, légèrement ulcérés. Le malade n'avait jamais eu la syphilis, ne présentait aucun symptôme de tuberculose, n'avait pas de carcimomateux dans sa famille. C'est ce qui fit exclure l'idée de tumeur ordinaire. Le diagnostic de lupus était corroboré, parce qu'il avait eu sur la face et le bras deux ou trois petites tumeurs ulcérées qui ne disparurent qu'à l'aide du bistouri, ce qui n'était très probablement autre chose que des manifeetations cutanées du lupus.

Le traitement consista en iodure de potassium d'abord, puis arsenic à l'intérieur, applications locales d'iodoforme et de bismuth; mais le lupus fit des progrès, le gonflement et l'ulcération augmentèrent et sept mois après 'a première consultation la suffocation était devenue imminente. Les deux côtés

du larynx, très gonflés, étaient recouverts de petites saillies pâles et d'ulcérations. L'orifice de la glotte était à peine visible. La trachéotomie fut faite sans chloroforme et la canule placée. Un grand soulagement suivit l'opération, et l'été suivant, le malade était encore bien (*The med. News*, 10 octobre 1885). Dr J. CHARAZAC.

Aphonie simulée (*Aphonia simulated in the young*), par le Dr LOUIS KOLIPINSKI.

L'auteur en rapporte deux cas : le premier chez une jeune fille de dix-huit ans. On l'assura que l'application du miroir laryngoscopique était suffisant pour la forcer à parler. Convaincue, à la persistance de l'auteur à appliquer le miroir, qu'il en était véritablement ainsi, elle se mit à parler d'abord par monosyllabes, puis couramment. Elle ne voulut jamais avouer qu'elle avait simulé.

Le second cas chez un enfant de 8 ans. Un fer rouge qu'on menaça d'introduire dans sa gorge put seul le déterminer à parler (*The N. Y. Med. Journ.*, 17 oct. 1885). Dr J. CH.

De l'atrophie du corps thyroïde consécutive à la compression des récurrents laryngés (*On atrophy of the thyroïd body following pressure on the recurrent laryngeal nerve*), par le Dr W. HALE WITHE.

La question de l'atrophie du corps thyroïde a pris une grande importance depuis que des observations de Kocher ont démontré que l'excision de cet organe pouvait être suivie de myœdème, et que les expériences de Victor Horsley sur le singe, ont donné le même résultat. Dans les deux cas rapportés par l'auteur, il s'agit de malades atteints d'anévrysme de l'aorte, qui comprimaient le récurrent. Le corps thyroïde était atrophié. L'auteur croit que le récurrent joue le rôle de nerf trophique de cette glande, et bien que les ouvrages d'anatomie n'en parlent pas, il a pu suivre des filets nerveux des récurrents se rendant au corps thyroïde (*The Brit. med. Journ.*, 22 août 1885). Dr CH.

ORBILLES.

Otite hémorrhagique (*Otitis hemorrhagica*), par le Dr P. Mc Bride.

Cette variété d'inflammation de l'otite moyenne fut signalée par Roosa pour la première fois il y a quelques années. Telle que Roosa l'a décrite et que Mc Bride l'a observée, elle survient d'ordinaire au cours d'une otite moyenne aiguë ordinaire. L'auteur en rapporte trois cas observés par lui.

Les traits caractéristiques de l'otite moyenne hémorrhagique sont : 1° la grande violence des symptômes ; 2° la rapidité de l'évolution ; 3° l'écoulement du sang à la place du pus.

On ne peut la comparer à aucune autre affection des autres organes. La rétinite hémorrhagique présente avec elle quelques analogies et Roosa a trouvé les deux affections associées.

Mais tandis que la rétinite hémorrhagique s'observe chez des individus débilités et présentant des lésions vasculaires, l'otite hémorrhagique survient chez des personnes vigoureuses et parfaitement saines à tous égards.

A propos de la pathogénèse de l'affection, Roosa s'exprime en ces termes : « On doit considérer les cas de ce genre comme une inflammation aiguë de la muqueuse de l'oreille moyenne, dans laquelle, en raison de la rapidité avec laquelle se produit l'inflammation, et de sa violence, il se produit non plus une simple exsudation à travers la paroi des vaisseaux, mais une rupture de ces mêmes parois. » Cette explication est exacte, mais ne paraît pas pouvoir s'appliquer à tous les cas.

Un des caractères de l'inflammation est d'amener une dilatation artérielle qui va en augmentant (Payne) pendant 10 à 12 heures ; cette dilatation se produisant dans la caisse enflammée sur une surface où la pression extérieure est moindre que dans toute autre partie du corps, il n'est pas besoin d'un grand effort pour comprendre qu'il peut, dans ces conditions, se produire une rupture de quelques artérioles surdistendues. Cela se produira d'autant plus facilement qu'il existera une obstruction plus considérable de la trompe, la pression dans la caisse étant diminuée d'autant plus que la trompe est moins libre.

Suit une observation d'otite moyenne hémorrhagique observée par l'auteur. Quand l'auteur vit le malade, il existait dans la caisse du sang coagulé. Il se produisit ensuite une exsudation séreuse ; il l'attribue aux causes suivantes : 1° hydropisie *ex vacuo;* 2° action irritante du caillot ; 3° résorption du caillot avant celle du sérum. (*Archives of otology*, juin-septembre 1885). Dr J. CHARAZAC.

De la perception crânienne considérée comme moyen de diagnostic du siège d'une affection de l'oreille (*Oh the conduction of sound through the bones of the head as a means of diagnosis of the seat of ear diseases*), par le prof. LUCÆ, de Berlin.

Erhard a écrit : « S'il existe simplement une affection de l'appareil de transmission, la montre sera distinctement entendue et le pouvoir de transmission des os du crâne conservé. » Pour prouver la fermeté de cette opinion, il suffit de rappeler ce fait qu'un simple bouchon de cérumen suffit à faire disparaître la perception crânienne. Celle-ci dépend en effet, non seulement de l'état des os du crâne, mais encore de l'intégrité de l'oreille moyenne et de l'oreille externe.

Politzer a érigé en dogme la proposition suivante : « Dans le cas d'affection unilatérale de l'oreille, ou lorsqu'une oreille est plus atteinte que l'autre, le diapason doit être entendu uniquement par l'oreille malade, ou par l'oreille la plus malade lorsqu'il n'existe qu'une affection de l'oreille moyenne ou de l'oreille externe. Si le diapason est mieux entendu par l'oreille saine, il existe une lésion nerveuse. »

Cette dernière théorie n'est pas absolument exacte. Il est en effet des cas (fracture du rocher) où il existe évidemment une lésion nerveuse et dans lesquels le diapason est cependant mieux entendu de l'oreille malade. Il résulte aussi de recherches anatomiques faites par l'auteur, il y a quelques années, que lorsque le diapason est mieux entendu de l'oreille malade, on ne doit pas en conclure que l'oreille interne est indemne.

On ne peut en donner une preuve meilleure que l'observation suivante : Un individu meurt de pyohémie consécutive

à une otorrhée chronique. L'audition absolument perdue d'un côté (le côté malade), était intacte de l'autre. Pendant la durée de la maladie, le patient, qui conserva sa connaissance jusqu'à la fin, non seulemênt entendait plus distinctement le diapason de l'oreille malade, mais pouvait donner le ton en chantant, et cela six heures avant sa mort. A l'autopsie, on trouva l'oreille moyenne et l'oreille interne détruites par la carie, il n'existait ni tympan, ni osselet; le labyrinthe tout entier était rempli de pus et de végétations, seul le tronc du nerf acoustique était intact. Pour expliquer ce fait, il faut tenir compte du tronc du nerf qui était intact. Le diapason placé sur le vertex faisait entrer en vibration toutes les parties de l'oreille et par conséquent le tronc du nerf acoustique qui répondait par la sensation du son à l'irritation mécanique à laquelle il était soumis.

Mais comment expliquer que le malade pût répéter le son qu'il entendait ? Il paraît raisonnable d'admettre que le malade éprouvait du côté malade une sensation sonore, *plus* forte mais indistincte, à cause de la résonnance des cavités osseuses qui étaient agrandies et remplies de pus, mais qu'il ne percevait réellement le son que par l'oreille intacte.

Comme conclusion pratique, l'auteur admet que la théorie de la perception crânienne n'a aucune importance si ce n'est *quoad vitam* ou *quoad sensum*. (*The Brit. med. journ.* 3 octobre 1885.) D[r] J. Ch.

La syphilis dans les affections de l'oreille (*Syphilis as a factor in ear diseases*), par le D[r] Edward Woakes.

Certaines otorrhées sont rebelles à tout traitement parce qu'il existe de petites caries limitées et le plus souvent très superficielles et qui guérissent très bien par l'emploi de l'acide sulfureux dilué. Il n'en est pas toujours ainsi quand ces caries sont d'origine syphilitique, et cette origine est parfois difficile à déterminer. Dans ces cas-là cependant la carie est symétrique et les deux oreilles également affectées. Suit une observation d'otorrhée syphilitique avec carie symétrique.

Le diagnostic est important dans les cas de ce genre car,

sans le traitement spécifique, les otorrhées de cette nature ne guérissent pas (*The Brit. med. Journ.*, 3 octobre 1885).

D[r] J. Ch.

Deux cas de perforation des cellules mastoïdiennes nécessitée par une otite moyenne suppurée (*Report on two cases of perforation of the mastoïd cells for suppuration of the middle ear*), par le D[r] J.-D. Strawbridge.

Bien que l'auteur n'annonce que deux cas, il en rapporte quatre. Le premier est surtout remarquable en raison des graves symptômes présentés par le malade : délire, stupeur, etc., du gonflement très considérable déterminé par l'abcès; on pouvait à peine reconnaître une tête humaine (*it could scarcely be recognized a human head*). Sans aucun espoir de sauver le malade, l'auteur fit plusieurs incisions, l'une derrière l'oreille, la seconde sur l'angle inférieur du pariétal, la troisième à la face en avant de l'oreille. Il s'écoula, en sa présence, par ces incisions, une demi-pinte de pus (2 litres environ), ayant une odeur infecte.

Le lendemain, la stupeur était moins profonde, mais le délire et l'agitation avaient augmenté. Le gonflement avait obstrué le conduit auditif externe. M. Strawbridge alors se décida à ouvrir l'apophyse mastoïde cariée. Il l'ouvrit à l'aide d'une *vrille*. Bientôt le malade alla mieux et quinze jours après il pouvait sortir de sa chambre. L'écoulement de l'oreille persista encore pendant trois ou quatre mois.

Les trois autres cas sont analogues tout en ayant présenté des symptômes moins graves que le précédent (*The med. News*, 18 octobre 1885).

D[r] J. Charazac.

Emploi du bichlorure de mercure dans l'otorrhée (*The use of bichloride of mercury in Otorrhea*), par le D[r] Verguson.

L'auteur, d'une façon presque exclusive, emploie les poudres sèches dans le traitement de l'otorrhée. Lorsque la poudre (acide borique ou iodoforme) est mouillée par le pus, il l'enlève avec une injection d'une solution phéniquée au centième. Ayant entendu préconiser le bichlorure de mer-

cure, il voulut en faire usage; mais plusieurs fois cette substance a déterminé chez ces malades une hypérémie considérable, deux fois même une myringite intense. Il a donc abandonné ce médicament pour revenir à l'acide phénique, auquel il ajoute parfois un peu de bicarbonate de soude (*Arch. of otology*, juin, septembre 1885). Dr J. Ch.

La coqueluche considérée comme cause de surdité (*Whooping-cough as a cause of deafness*), par le Dr M.-S. Fallo.

Peu connue des auteurs, cette cause de surdité a été signalée par Wilde qui, dans son *Traité des maladies de l'oreille*, rapporte 5 cas de surdi-mutité dus à la coqueluche. Roosa, Peet ont observé des cas analogues.

Que la rupture du tympan puisse être la conséquence des efforts paroxystiques de toux, cela ne fait aucun doute. Mais dans les cas observés par l'auteur et aussi par le Dr Burnett, la membrane était intacte. Peut-être peut-on invoquer la propagation à la trompe et à l'oreille moyenne d'une inflammation du pharynx, mais dans ces mêmes cas on doit invoquer plutôt une origine nerveuse, car la surdité était absolue pour la montre et le diapason. Suivent 4 observations de surdité consécutive à la coqueluche, tirées de la pratique du Dr Burnett (*Arch. of otol.*, juin, septembre 1885). Dr J. Charazac.

Un cas de surdité hystérique avec remarques (*A case of hysterical deafness with remarks*), par le Dr John F. Fulton.

Les cas de surdité d'origine hystérique paraissent très rares. M. le Dr Fulton en a observé un qu'il rapporte en détail.

Mme H..., trente-six ans, est devenue subitement sourde. Elle présente tous les symptômes de l'hystérie, elle en a eu du reste toutes les manifestations. Deux ans auparavant elle avait éprouvé les mêmes troubles dans la fonction de l'ouïe. Elle était devenue soudain complètement sourde; mais l'audition redevint normale. C'est lors de sa seconde attaque de surdité qu'elle vient trouver le Dr Fulton. Elle se plaint de

vertiges et de bourdonnements considérables. Pas de douleur. La montre n'est pas entendue au contact pour les deux oreilles. L'acuité auditive pour la voix est diminuée de moitié. A l'examen du conduit auditif externe normal, léger état catarrhal de la caisse et des trompes, insuffisant à expliquer les symptômes que présente la maladie. Peu de jours après, elle revient encore plus sourde que précédemment; quelques jours plus tard, l'audition était redevenue à peu près normale. L'ouïe, pendant les attaques de surdité, était améliorée par la faradisation.

Les cas de vraie surdité hystérique sont fort rares: Mitchell, Magnus, Politzer en font mention. L'auteur, à la fin de cet article, parle de l'influence de l'utérus sur l'organe de l'ouïe. Weber-Liel a publié dans le *Monatsschrift für Ohrenh.*, un travail sur ce sujet, dans lequel il soutient que les affections de l'appareil sexuel chez la femme et même l'accomplissement physiologique de ses principales fonctions ont une influence marquée sur l'organe de l'ouïe (*Arch. of Otology*, juin-septembre, 1885). Dr J. Ch.

VARIA.

L'Hamamelis Virginica dans le traitement du cancer de la bouche (*Hamamelis Virginica in the treatment of buccal cancer*), par le Dr Duncan J. Mackenzie.

L'auteur a fait usage de la teinture d'Hamamelis Virginica administrée aux doses médicinales ordinaires, pour arrêter une hémorrhagie dans un cas de cancer de l'amygdale droite. L'auteur trouve cette substance surtout utile pour empêcher la formation de la sécrétion visqueuse sur les surfaces ulcérées (*The British med. Journ.*, 31 oct. 1885). Dr J. Ch.

De la gastrostomie dans les rétrécissements non cancéreux de l'œsophage, par le Dr M. Cohen.

L'auteur commence par un historique de la question et divise son sujet de la façon suivante : 1° indications et contre-indications de la gastrostomie; 2° manuel opératoire; 3° les accidents de la gastrostomie; 4° les résultats. Ce travail

très soigné est accompagné de nombreuses indications bibliographiques, d'un tableau bibliographique spécial, d'une analyse et d'un tableau bien présenté de toutes les opérations que l'auteur a pu trouver dans la science, au nombre de 53.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les détails de son travail, mais nous reproduirons ses principales conclusions. Après une discussion très savante et très claire des divers procédés opératoires, M. le Dr Cohen accepte celui d'Albert de Vienne avec la méthode en un seul temps.

Il y aurait souvent avantage à opérer de bonne heure, mais en tout cas, il faut agir dès la première apparition de la soif. La gastrostomie est indiquée, même dans les rétrécissements siégeant au niveau du cou, lorsqu'on ne connaît pas leur limite inférieure.

L'inanition et l'épuisement, de même que les affections pulmonaires, sont les causes qui déterminent le plus fréquemment la mort des gastrostomisés.

Les résultats fournis par la gastrostomie en cas de rétrécissement cicatriciel et infranchissable de l'œsophage sont beaucoup meilleurs que ceux obtenus par l'œsophagotomie externe et même l'œsophagotomie interne. (*Thèse de Paris, 1885.*) P. GARNAULT.

Symptômes nerveux rares dans la diphthérie *(Rare nervous symptoms in diphtheria).*

L'abolition du réflexe tendineux rotulien après la diphthérie avait été signalée par divers auteurs. Il paraîtrait résulter des observations de Bernhard qu'il n'en est pas ainsi très souvent. Quand ce symptôme se produit, ce n'est que trois à six semaines après le début de l'affection, il est parfois un signe de l'ataxie postdiphthéritique (postdiphteritic ataxia).

Uhthoff rapporte un cas de diphthérie chez un enfant de dix ans, chez lequel des troubles oculaires survinrent quinze jours après le début de la diphthérie. On constatait une absence complète de l'accommodation avec disparition du

réflexe pupillaire. Plus tard, ophthalmoplégie externe complète et ptosis. L'abolition du réflexe rotulien et l'ataxie suivirent les troubles de l'appareil de la vision.

Mendel a publié un cas analogue dans lequel les centres nerveux furent examinés au point de vue histologique. Ces troubles nerveux sont le résultat d'une névrite produite par le poison diphthéritique. Mendel a aussi publié trois cas d'hémiplégie consécutifs à la diphthérie (*The Med. News*, 17 octobre 1885). Dr J. Ch.

Contribution à l'étude clinique du cancer de l'œsophage et du rétrécissement qu'il détermine, par le Dr Emmerez de Charmoy.

Le rétrécissement cancéreux de la partie correspondant à l'union du tiers moyen avec le tiers supérieur de l'œsophage est souvent méconnu à cause de la difficulté qu'il y a à le diagnostiquer.

L'anévrysme de la portion descendante de l'aorte thoracique peut faire croire à l'existence du cancer œsophagien, et les deux lésions présentent, dans un certain nombre de cas, des symptômes fonctionnels connus (dysphagie, dyspnée, etc.).

L'œsophagisme peut revêtir les allures du retrécissement œsophagien et réciproquement. Avoir toujours recours dans ce cas au cathétérisme explorateur pour le diagnostic.

Le cancer de la partie de l'œsophage correspondant au point où ce conduit est le plus rapproché de l'aorte est excessivement grave, et se termine quelquefois par une abondante hémorragie (*Thèse Paris* 1885). Dr J. Ch.

La grenouillette congénitale, par dilatation du canal de Warton imperforé, par le Dr Rémignon.

Nous donnons les conclusions de l'auteur :

1° Il existe une variété de grenouillette congénitale, constituée par la dilatation du canal de Warton imperforé.

2° La pathogénie de cette affection est aisée à comprendre. Quant à l'imperforation elle-même, sa cause et sa nature, nous ne pouvons que formuler des hypothèses à cet égard.

3° La grenouillette congénitale se révèle par un ensemble de signes qui ne permettent pas de la confondre avec une autre affection;

4° Elle est bénigne et cède très facilement à un traitement approprié;

5° L'excision simple constitue le procédé opératoire par excellence.

L'auteur termine en rapportant six observations de cette rare maladie (*Thèse Paris 1885).* Dr J. Ch.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bouche.

Barling. — Tumeur graisseuse de la langue, présentation de malade (*Brit. med. journ.*, 14 novembre 1885 et *Birmingham and Midland counties Soc.*, 30 octobre).

Bénard (Paul). — Le psoriasis buccal (de Bazin) observé et traité aux eaux minérales de Saint-Christan (*Journ. de méd. de Bordeaux*, nos *10, 11, 12* et *13*, octobre 1885).

Duncan Mackenzie. — Hamamelis Virginica dans le traitement du cancer de la bouche (*The Brit. med. journ*, 1885).

Erb. — Un cas rare de paralysie atrophique de l'hypoglosse (*Deutsches Arch. f. klin. Medicin*, Bd XXXVII, Heft 3 et 4).

Güterbock. — De l'hémiglossite (*Société de médecine de Berlin*, 22 avril 1885).

Hardy. — Stomatite ulcéro-membraneuse (*Praticien*, n° 40, 5 octobre 1885).

Harrison, Reginald. — Epithélioma de la langue chez une fille de 20 ans ; mort (*British med. journ.*, Londres, 10 octobre 1885).

Hirt. — De l'hémiatrophie de la langue (*Berliner Klin. Wochenschrift*, n° 26, 1885).

Joseph. — Contribution à l'étude de la leucoplasie (*Deutsche med. Wochenschrift*, n° 43, 22 octobre 1885).

Mackenzie (John). — La sensation de la chaleur isolée à l'aide de la cocaïne dans les cavités bucco-pharyngienne et nasale (*The. N. Y. med. journ.*, 3 octobre 1885).

Molènes. — Trois cas de desquamation en aires de la langue (*Soc. clinique de Paris*, 12 novembre 1885).

Parker Roswell. — Extirpation de la langue dans un cas de tumeur maligne (*Med. News*, 12 septembre 1885).

Rémignon. — De la grenouillette congénitale, par dilatation du canal de Wharton imperforé (*Thèse de Paris*, 15 juillet 1885).

Schech (Ph.). — De la leucoplasie buccale (*Aerztliches Intelligenz-Blatt*, n° 40, Munich 1885).

Schiffers. — De l'amygdalotomie (*Extrait des Annal. de la Soc. med. chir. de Liège*, septembre 1885).

Shepherd. — Excision de la langue avec des ciseaux, après ligature préalable des artères linguales (*Med. News*, 12 septembre 1885).

Tordeus. — Muguet primitif de la gorge chez un enfant de 6 mois (Bruxelles 1885).

Pharynx.

Barker. — Lymphosarcome primitif de l'amygdale (*The Brit. Med. Journ.*, 24 oct. 1885).

Bilton Pollard. — Sarcome de l'amygdale (*The Brit. Med. Journ.*, 24 oct. 1885).

Darbonet. — De l'adénopathie rétro-pharyngienne d'origine syphilitique (*Thèse de Paris*, 12 novembre 1885).

Descroizilles. — Rougeole compliquée de broncho-pneumonie et suivie de mort. Abcès rétro-pharyngien, méconnu pendant la vie et découvert à l'autopsie (*France méd.*, 5 nov. 1885).

Donaldson. — Chancre induré de l'amygdale (*Med. News*, 15 août 1885).

France (E. P). — Deux cas d'angine de Ludwig (*Lancet*, 26 sept. 1885).

Free (E. J). — Amygdalite (*The Med. and Surg. Rep.*, 3 oct. 1885).

Grand. — Note sur une indication de l'amygdalotomie (*Loire Méd.*, Saint-Etienne, 15 octobre 1885).

Hashimoto. — Contributions chirurgicales du Japon, un cas d'angine Ludwig (*Archiv f. Klinische Chirurgie*, Bd. XXXII, Heft 1, 1885).

Hopmann. — Post-scriptum concernant son dernier article, de l'opération et de la statistique des tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne (*Deutsche medic. Wochenschr.*, n° 41, 8 oct. 1885).

Jakobson (A.). — Algosis faucium leptothricia (Mycosis tonsillaire) (*Wratsch*, n° 27, 29, 1885).

Mackenzie (Hunter). — Observations cliniques d'affections de la gorge et du nez (*Edinburg med. journ.*, octobre 1885).

Milsonneau (service Siredey). — De l'angine infectieuse (*Paris méd.*, n° 40, 3 oct. 1885).

Rivington. — Un cas de ligature de l'artère carotide primitive gauche, blessée par une arête de poisson ayant pénétré dans le pharynx (*The med. Times*, 31 oct. 1885).

Tornwaldt (G. L.). — De l'importance de la bourse pharyngienne pour pouvoir reconnaître et traiter certaines maladies de la cavité naso-pharyngienne (Wiesbaden, chez J. Bergmann édit., 1885).

Wood (W. B). — Restauration de la cavité naso-pharyngienne, par des opérations répétées sur le voile du palais (*Arch. of otology*, juin-sep. 1885).

Nez.

Aysaguer. — Papillomes des fosses nasales (*Ann. des malad. de l'oreille, du larynx*, etc., n° 5, nov. 1885).

Barr (Thomas). — Un cas de scarlatine compliqué de diphtérie nasale et pharyngée (*The Lancet*, 10 octobre 1885).

Beverley Robinson. — Notes thérapeutiques sur l'Hay Fever (*The med. Rec.*, 17 oct. 1885).

Buchalov. — Existence de cellules olfactives distinctes (*The Lancet*, 26 septembre 1885).—Sur deux cas d'épistaxis (*Bollett. delle malat. dell' orecchio*, etc., n° 6, 1er nov. 1885).

Cheatham (W.). — Peut-on guérir de la fièvre des foins ? (*The Louisville Med. News*, 22 août 1885).

Chiari (O.). — Un cas de rhinolithe (*Soc. império-royale des médecins de Vienne*, 16 oct. 1885).

Guild.— Un cas invétéré d'ozène (*The med. and. surg. Reporter*, 5 sept. 1885).

Harrison (C. M.). — Larves dans la tête (*The Med. Record*, 10 oct. 1885).

Herzog. — Le catarrhe aigu et chronique du nez surtout au point de vue du coryza nerveux (*Rhinitis vasomotoria*) (Graz, chez Leuschner et Lubensky, 1885).

Jarvis Chapman (W.). — Les affections catarrhales des fosses nasales considérées comme cause de phtisie pulmonaire. Considérations spéciales sur le rôle de l'hérédité (*The New York med. Journ.*, 5 sept. 1885 et 12 septembre 1885).

Katz.— Quelques communications sur les affections du nez et de la cavité naso-pharyngienne (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 24, 1885).

Lange (V.). — De l'aluminium acetico-tartaricum et de l'aluminium acetico-glycerinatum sicum dans les affections du nez, de la cavité naso-pharyngienne et du larynx (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 10, oct. 1885).

Laquer. — Développement des sinus maxillaires (*Soc. de biolog.*, 7 nov. 1885).

Lincoln. — Récidive de fibro-sarcome naso-pharyngien onze mois après l'opération (*The New-York med. Journ.*, 12 sept. 1885, et *Philad. med. Times*, 22 août 1885).

Sajous (Ch.). — De la fièvre des foins et de son traitement curatif par une altération organique superficielle de la muqueuse du nez (*Philad. med. Times*, 22 août 1885).

Schæffer.— Expériences chirurgicales rhinologiques et laryngologiques faites dans les années de 1875 à 1885 (Wiesbaden, 1885, chez J. F. Bergmann, édit.)

Schwitzer (Henrik).— La cocaïne dans l'extraction des corps étrangers du nez (*Wiener mediz. Presse*, n° 38, 20 sept. 1885).

Stecki. — Un cas de corps étrangers de l'antre d'Highmore (*Med.*, n° 30 1885, journal russe).

Watson. — La cocaïne dans l'Hay Fever (*The med. Bullet.*, sept. 1885).

Ziem. — Délire et folie transitoires à la suite d'opérations pratiquées dans le nez (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 9, sept. 1885).

Ziem. — De l'emploi du crochet palatin (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 9, sept. 1885).

Ziem. — De l'importance des maladies dentaires dans l'étiologie des affections du nez (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 9, sept. 1885).

Ziem. — Du rapport qui existe entre l'enurèse nocturne et l'obstruction du nez (*Allg. med. Central. Ztg*, n° 64, 1885).

Ziem. — De l'action des substances aromatiques sur la muqueuse du nez (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 39, 24 sept. 1885).

Larynx et Trachée.

A. H. — Injections intra-trachéales (*Gaz. hebdom. de méd. et de chir.*, n° 45, 6 nov. 1885).

Baltus (E.). — Revue de Laryngologie (*Journ. des Sc. méd. de Lille*, n° 21, 5 nov. 1885).

Barraud (service Saint-Germain). — Deux cas de corps étrangers solides des voies aériennes (*Rev. mens. des malad. de l'enfance*, août 1885).

Botey (Ricardo).— Polypes fibreux sous-glottiques. Extirpation (*Gaceta méd. Catalaña*, 30 sept. 1885).

Cartaz. — Notes sur les paralysies laryngées d'origine centrale (*France méd.*, nos 134, 135, 14 et 17 nov. 1885).

Casadesus Roquer. — Aperçus cliniques sur le traitement de la tuberculose laryngée (*Revista de Lar., Ot. y Rhin.* , n° 5, 1er nov. 1885).

Castelain. — De la trachéotomie chez les enfants à l'aide du ténaculum à lames séparées (*Bullet. med. du Nord*, n° 8, août 1885).

Delavan Bryson. — Erysipèle du larynx et du pharynx (*The New-York med. Journ.*, 12 sept. 1885).

Delavan (Bryson). — Du centre du larynx dans le cerveau (*The Med. Record*, 14 février 1885).

Désarènes. — Modifications aux pulvérisateurs à vapeur (*Journ. de Méd. de Paris*, n° 16, 18 oct. 1885).

Etienne. — Corps étrangers dans les voies aériennes (*Rev. méd. de l'Est*. n° 20, 15 oct. 1885).

Fleiner (Wilhelm). - Des sténoses de la trachée après la trachéotomie faite dans le croup et la diphtérie (*Deutsche med. Wochenschrift*, nos 42, 43 et 44, 15, 22 et 29, oct. et nov. 1885).

Garel. — Hoquet choréique datant de 13 mois guéri brusquement par la cocaïne (*Lyon méd.* 19 juillet 1885).

Gerhardt.— Paralysie des abducteurs et contracture des adducteurs (Comptes rendus de la Soc. phys.-méd. de Wurzbourg, 1885)

Gerhardt. — Laryngoscopie et diagnostic (Société des médecins de Berlin, séance solennelle en mémoire de la première séance de la Société du 31 oct. 1860. *Deustche med. Wochens.*, n° 44 A, 31 oct. 1885).

Golding-Bird. — Trachéotomie datant de quelques mois, difficulté pour enlever la canule. Guérison (*The Brit. med. Journ.*, 24 oct., 1885).

Hubert. — Sur un cas de trachéosténose causée par un ganglion bronchique caséeux et calcifié. Guérison par la trachétomie (Kiel, Lipsius et Tischer).

Hahn (E.). — Des extirpations du larynx (*Sammlung Klin. Vorträge herausgeg.*, von R. Volkmann, n° 260, 20 Heft der 9 Serie).

Hearnden (W. F.). — Trachéotomie chez les enfants du premier âge (*The Lancet*, 17 oct. 1885).

Hoffmann. — Canule trachéale en forme de spéculum (*Cent. f. chir. und orthop. Mechanik*, n° 2, 1885).

Holden (Edgar). — Contribution à l'étude de la chorée du larynx (*The New-York med. Journ.*, 10 janv. 1885).

Ives (Frank L.). — Un cas d'hémorragie laryngée sous-muqueuse compliquée de kyste (*The N.-Y. med. Journ.*, 3 oct. 1885).

Jakobson. — Contribution à l'étude du traitement mécanique des sténoses laryngées (*Archiv f. Klin. Chir.*, Bd XXI, Heft 4, 1885).

Jones (W. J.).—Mort subite consécutive à l'œdème de la glotte (*Philad. med. Times*, 30 oct. 1885).

Jurist. — Mort subite par suite d'obstruction laryngée (*The N.-Y. med. Journ.*, 24 oct. 1885).

Kast. — Des troubles de la voix chantée chez les aphasiques et de la difficulté qu'ils éprouvent à percevoir la justesse des sons (*Arztl. Intelligenz-Bl.*, n° 44, 3 nov. 1885).

Keimer (Policlinique Hack). — Un cas de chorée du larynx et un cas de toux nasale (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 40, 1er oct. 1885).

Koch (P.). — Sur les corps étrangers résidant dans les premières voies respiratoires (*Annal. des malad. de l'oreille, du larynx, etc.*, n° 5, nov. 1885).

Kolipinski. — Aphonie simulée chez des personnes jeunes (*N.-Y. med. Journ.*, 17 oct. 1885).

Koschlakow. — La paralysie des abducteurs du larynx d'origine centrale (*Russ. med.*, nos 1 et 2, 1885).

Krause (H.). — Des troubles physiologiques du larynx dans les affections du système nerveux central (Société de psychiatrie et des maladies nerveuses à Berlin, 9 nov. 1885. — *Deutsche mediz. Ztg*, n° 92, 16 nov. 1885).

Krause. — Acide lactique contre la tuberculose laryngée (*Berl. Klin. Wochenschrift*, n° 29, 1885).

Krause. — Du traitement de la tuberculose laryngée par l'acide lactique (Communication et discussion à la Société de médecine de Berlin, 14 oct. 1885.— *Deutsche mediz. Ztg.*, n° 85, 22 oct. 1885).

Laguesse. — Recherches sur le développement embryonnaire de l'épithélium dans les voies aériennes (*Thèse de Paris*, nov. 1885).

Leloir. — Anatomie pathologique du larynx lépreux (Société de biologie de Paris, 18 juillet 1885).

Linz. — Un cas de laryngite hémorragique (*Med. Ob.*, n° 14, *1885.* — Journal russe).

Mackenzie. — Réflexion sur l'étiologie des affections inflammatoires simples de la partie supérieure des voies aériennes (*The N.-Y. med. Journ.*, 12 et 19 sept. 1885).

Masini. — Du raclage des cordes vocales (*Arch. Ital. di Laryng.*, fasc. 2, 15 oct. 1885).

Masini. — Sur un néoplasme enlevé du larynx par les voies naturelles (*Gaz. degli ospitali*, 18 oct. 1885).

Masucci (Pietro). — Un cas de laryngo-trachéite hémorragique (Naples, Detken, édit., 1885).

Michael. — Aphonie et dyspnée spasmodiques (*Wien. med. Presse*, nos 41 et 42, 11 et 18 oct. 1885).

Montgomery. — Trachéotomie dans le croup et la diphtérie (*The N.-Y. med. Journ.*, 10 oct. 1885).

Munschina. — Contribution à l'étude des accidents laryngés chez les ataxiques (*Thèse de Paris*, oct. 1885).

Nather. — De la laryngite sous-glottique aiguë grave (de Ziemssen) (*Archiv f. klin. Med.*, Bd XXXVII).

Newman (David). — Sur l'aphonie, conséquence d'une affection du larynx (*Glasgow. med. Journ.*, sept.-oct. 1885.)

Paget. — Un cas de corps étrangers du larynx suivi de mort (*Deutsche med. Ztg*, n° 82, 12 oct. 1885).

Prosser James. — La laryngoscopie et la rhinoscopie dans le diagnostic et le traitement des maladies de la gorge et du nez (4me édit. William Wood. New-York, 1885).

Prior. — De l'emploi de la cocaïne dans les différentes affections des voies respiratoires supérieures (*Allg. Wien. med. Ztg*, n° 43, 27 oct. 1885).

Ranke. — Résultats de la trachéotomie dans le croup et la diphtérie (38e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg du 18 au 23 sept. 1885).

Robin (A.). — Anévrysme de la crosse aortique ouvert dans la trachée pendant la trachéotomie (présentation des pièces anatomiques). (*Soc. méd. des hôpit.*, 9 oct. 1885).

Rydygier. — Une blessure de la trachée par arme à feu (*Prz. lek.* n° 16).

Salzer. — Des opérations laryngiennes faites à la clinique de Billroth (1870-1884). (*Archiv. f. Klin. Chir.*, Bd XXXI, p. 848).

Salt.— Nouveau tube à trachéotomie perfectionné (*The Lancet*, 19 sept. 1885).

Santwoord. — Ulcération des cordes vocales (*Phil. med. Times*, 22 août 1885).

Schrader. — Corps étranger dans une bronche (*Deutsche med. Ztg*, n° 81, 8 oct. 1885).

Shields (Ch.). — Trachéotomie pour un lupus laryngé et pour un croup (*The med. News*, 10 oct. 1885).

Smith Solomon. — Corps étrangers du larynx, ablation par la plaie trachéale après la trachéotomie; guérison (*The Lancet*, 17 oct. 1885).

Stepanow.— Quelques remarques sur deux cas d'herpès du larynx (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 6, août 1885).

Teissier et Favel. — Perforation spontanée de la trachée et de l'œsophage chez un ataxique (*Annal. des mal. de l'oreille et du larynx, etc.*, n° 5, nov. 1885).

Tourneux.— Sur le développement de l'épithélium et des glandes du larynx et de la trachée chez l'homme (Société de biologie de Paris, 18 avril 1885).

Toussaint. — Fièvre typhoïde. Bronchiectasie et adénopathie bronchique tuberculeuse; végétation polypoïde du larynx symptomatique d'une périchondrite suppurée des cartilages cricoïde et aryténoïde gauche. Mort rapide (*Progrès médical*, 17 oct. 1885).

Younan (W.). — Un cas de bronchocèle compliqué de spasme laryngé (*The Lancet*, 17 oct. 1885).

Oreilles

Bartsch. — De la transmission des sons par les os crâniens. (*Monatsschr. f. Orenkeilk.*, nos 9 et 10, septembre et oct. 1885).

Bing. — Sur les verrues et papillomes de la partie externe de l'oreille (*Wien. med. Blatter*, 1er oct. 1885).

Bride. — Otite hémorragique (*Arch. of. otol.*, juin-sept. 1885).

Capdeville. — Relations pathologiques qui existent entre l'œil et l'oreille (*Marseille méd.*, n° 1, 1885, suite).

Capdeville. — De la cocaïne dans la thérapeutique oculaire et auriculaire (*Marseille méd.*, nos 3 et 4, mars et avril 1885).

Creswel Baber. — Corps étranger de l'oreille et de la gorge (*The Brit. med. journ.*, 24 octob. 1885).

Delstanche. — Sur quelques instruments et appareils destinés au traitement des maladies de l'oreille et du nez (*Annal. des malad. de l'oreille, du larynx, etc.*, n° 4, sept. 1885).

Eitelberg (Clinique Urbantschitsch). — **Fracture du manche du marteau causée par un coup sur l'oreille** (*Wiener mediz. Presse*, nº 43, 25 octob. 1885).

Falls (N. S). — La coqueluche (Whooping-cough) cause de surdité (*Arch. of. otology*, juin-sept. 1885).

Féré et Huet. — Note sur une anomalie du pavillon de l'oreille, portant sur la racine de l'hélix. Comptes-rendus hebdom. de la Société de Biol., nº 34, 16 oct. 1885).

Ferguson. — De l'emploi du bichlorure de mercure dans l'otorrhée (*Arch. of. otology*, juin-sept. 1885).

Fletcher Wilson. — Vers dans l'oreille (*The Med. Record*, 5 sept. 1885).

Forbes (D. L). — La surdité et le vertige (Londres, chez Lews).

Fulton (John F). — Un cas de surdité hystérique (*Arch. of otol.*, juin-sept. 1885).

Gellé. — L'audition à l'école (Rapport à la Société de Médecine publique de Paris, juillet, et *Trib. méd.*, 8 et 15 nov. 1885).

Gellé. — Nouvel otoscope (*Soc. de biologie de Paris*, 24 octobre 1885).

Gendron. — Plaie de la région auriculaire par balle (*Société de chirurgie de Paris*, 11 novembre 1885).

Giraudeau. — De l'audition colorée (*Encéphale*, sept. et oct. 1885).

Godfrey. — Fracture de la base du crâne, suppuration de l'oreille, guérison (*The Lancet*, 19 sept. 1885).

Grazzi (Vittorio). — Des accidents de chemins de fer dûs aux maladies de l'oreille, moyens de les éviter. (*Extrait del Giorn. dei Lavori, publici e delle stradeferrate*, 1885).

Gruber. — Un cas d'élimination de la portion osseuse du limaçon nécrosé contenant les deux spirales supérieures. Guérison du malade, et simple perte partielle de l'ouïe de l'oreille affectée (*Monatsschr. f. Ohrenheilkunde*, nº 8, août 1885).

Gruber. — Destruction du limaçon, sans perte de l'ouïe (*Gazzet. med. di Roma*, 15 juillet, 1885).

Hartmann. — Les maladies de l'oreille et leur traitement (3e édit., avec 42 planches sur bois, Berlin, 1885, chez Fischer, libr.-édit.).

Hewetson Bendeleck. — Amélioration immédiate de l'ouïe, après la section de cicatrices de la membrane du tympan (*The Brit. med. journ.*, 17 octobre 1885).

Hobbs (A. G).— La cocaïne dans l'otalgie (*Arch. of. otol.*, juin-sept. 1885).

Hyde Hells. — Inflammation du cerveau et des méninges consécutive à une otorrhée (*The Brit. Med.*, 26 sept. 1885, et *Lancet*, 10 octobre 1885).

Kirchner (W). — Manuel d'otiatrie pour les praticiens et les étudiants (Braunschweig, chez Tr. Wuden's, édit., 1885).

Kirchner (W). — Contribution à l'étude du traitement antiseptique des otorrhées (*Monatsschr. f. Ohrenheilkunde*, nº 8, août 1885).

Knapp (H). — Ablation totale d'une exostose remplissant complètement le conduit auditif, guérison (*Arch. of. otol.* juin-sept. 1885).

Kuhn. — 1º Un granulome avec des poils. 2º Trépanation de l'apophyse mastoïde, mort par l'iodoforme. (Réunion des naturalistes et médecins allemands, à Strasbourg, du 18 au 23 sept. 1885.)

Longhi Giovani. — Otite moyenne catarrhale sèche, bi-latérale, scotome de l'audition, à gauche (*Bollet. delle malat. del orecchio, etc.*, n° 6, 1er nov. 1885).

Lucae. — De la perception crânienne comme moyen de diagnostic du siège des maladies de l'oreille (*Brit. med. journ.*, 3 oct. 1885).

Martin (H.). — Contributions à l'étude des affections chroniques de l'oreille moyenne et en particulier de l'étiologie et du traitement (*Thèse de Paris* 1885).

Mather. — Méningite consécutive à une otite (*The med. Record*, 5 sept. 1885).

Morison Ray. — Otite moyenne chronique suppurée de l'oreille gauche (*The Louisville med. News*, 16 mai 1885).

Parker (R. W.). — Maladie de l'oreille, abcès au-dessous du pavillon droit, nécrose du temporal, coma, mort d'un abcès cérébelleux, autopsie (*Med. Times and Gaz*, 19 sept. 1885).

Schwabach. — Etat du tympan dans un temporal macéré (*Centralbl. f. d. medicin. Wissensch.*, n° 39, 1885).

Sexton (S.). — Deux cas d'affection de l'oreille négligés chez des enfants et ayant entraîné la mort (*The N. Y. Med. Journ.* 1885).

Sexton (S.). — Nomenclature des maladies de l'oreille (*The New-York med. journ.*, 29 août 1885).

Shelly (C. E.). — Seringues pour l'oreille (*The Brit. med. journ.*, 31 oct. 1885).

Steinbrügge (H.). — De l'anatomie corrosive de l'oreille (*Centralbl. f. die medic. Wissenschaften*, n° 31, août 1885).

Stranbridge (J. D.). — Deux cas de perforations des cellules mastoïdiennes dans l'otite moyenne suppurée (*Med. News*, 17 octobre 1885).

Suñé (Luis). — Introduction de bougie dans la trompe (*Revistad i lar., otol. y rinol.*, n° 4, 1er octobre 1885).

Suñé y Molist. — Procédé pour appliquer le nitrate d'argent fondu dans la caisse (*Revista de laryngol. otol. y Rinol.*, n° 5, 1er novembre 1885).

Taylor. — Résumé sur l'otologie (*The med. News*, 10 octobre 1885).

Trifiletti. — L'oreille, le nez, la gorge et la balnéothérapie (*Naples. Extrait du Journal de réforme med.*, 1885).

Trucheart (C. W.). — Tumeur fibreuse de l'oreille moyenne. Douleurs névralgiques, etc. (*The. med Record*, 10 octobre 1885).

Turnbull. — Progrès de l'otologie (*The med. and. surg. Reporter*, avril 1885).

Verdos. — Clinique otologique (*Revista di lar., otol. y rinol.*, n° 5, 1er novembre 1885).

Weil — De la symptomatologie des bouchons de cérumen (*Monatsschr. für Ohrenheilkunde*, n° 10, octobre 1885).

White (J. A.). — Remarques et observations pratiques au sujet des affections de l'oreille, de la gorge et du nez (*The med. News*, 10 octobre 1885).

Wole (O.) — Panotites scarlatineuse (*Arch. of. otology*, juin-sept. 1885).

Wurkner. — Du traitement de l'otorrhée (*Lyon méd.*, n° 9, 1885).

Varia.

Albertoni et **Tezzoni.** — Des effets de l'ablation du corps thyroïde (*The London med. Record*, 15 juillet 1885).

Amidon. — De l'anatomopathologie de l'aphasie sensorielle (*New-York med. Journ.*, janv. et fév. 1885).

Aschenbach von Baudis. — Diphtérie et croup (*Korfu. Der Fortschritt. Genf*, n° 15, 1885).

Bamberger. — Conférence sur la Paralysie progressive bulbaire ou paralysie glosso-labio-laryngée (*Allgem. Wiener mediz. Ztg*, n°s 40 et 41, 6 et 13 octobre 1885).

Barbillion. — De l'emploi de la cocaïne dans la coqueluche (*Rev. mens. des mal. de l'enfance*, août 1885).

Barr. — Cas de fièvre scarlatine compliquée par la diphtérie nasale et pharyngienne (*Lancet*, Londres, 10 oct. 1885).

Bax. — De la médication vomitive dans le traitement du croup (*Gaz. méd. de Picardie*, n° 9, sept. 1885).

Bauer (L.). — Action physiologique du chlorhydrate de cocaïne (*The medical and surg. Reporter*, 3 oct. 1885).

Beaunis. — Sur la section des nerfs gastriques (Compte rendu hebdom. de la Soc. de biologie de Paris, n° 4, 6 fév. 1885).

Beschorner. — Injections sous-cutanée de salycilate de cocaïne dans l'asthme et la toux nerveuse (*Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, n° 10, oct. 1885).

Bircher. — Quelles formes de goître font les conscrits réformés (58e réunion des naturalistes et médecins allemands à Strasbourg, du 18 ou 22 sept. 1885).

Bloebaum. — Essai de traitement de la diphtérie par un procédé thérapeutique employé dans les affections analogues de la cornée et basé sur des expériences faites chez des animaux (*Deutsche mediz. Ztg*, n° 88, 2 nov. 1885).

Cornil et **Mégnin.** — Mémoire sur la tuberculose et la diphtérie chez les gallinacés (*Journ. d'anat. et de physiol.*, 1885).

Cozzolino. — L'oreille, le nez et la gorge, et la balnéothérapie (Naples, extrait de la *Riforma med.*, 1885).

Demons. — Kystes congénitaux canaliculaires du cou (Soc. de méd. et chir. de Bordeaux, 3 juillet 1885).

Debove. — Sur une forme de rétrécissement primitif de l'œsophage (Soc. méd. des hôpit., 9 oct., *Semaine méd.*, n° 42, 14 oct. 1885).

Dittrich (Paul) (clinique Chiari). — Nouveaux faits d'œsophagomalacie chez le vivant (*Prager med. Wochenschr.*, n° 40, 7 oct. 1885).

Divet (L.). — Une épidémie de diphtérie (*Gaz. des hôp.*, n° 120, 17 oct. 1885).

Dodd (Walter H.) — Corps étrangers de l'œsophage ayant amené de la dyspnée; injections sous-cutanées de tartre stibié (*The Lancet*, 17 oct. 1885).

D'Emmerez de Chermoy, — Contribution à l'étude clinique du cancer de l'œsophage et du rétrécissement qu'il termine (*Thèse de Paris*, oct. 1885).

Eulenburg. — De la paralysie périphérique du facial comme complication du zona de la face (*Centralbl. f. Nervenheilk.*, n° 5, 1885)

Fournié. — Complications du côté des organes des sens dans le cours des oreillons (*Archiv de méd. mil. V.*, p. 205).

Fothergill. — De la toux (*The Medical Record*, 5 sept. 1885).

François. — Contribution à l'étude des plaies de l'œsophage (*Thèse de Nancy*, 1885).

Guelton. — Corps étrangers dans l'œsophage provoquant l'aphonie. Gale invétérée (*Presse méd. belge*, n° 38, 20 sept. 1885).

Halsted (W. S.). — Réflexions pratiques sur l'usage et l'abus de la cocaïne. suggérées par plus de mille opérations heureuses, de petite chirurgie (*The N.-Y. med. Journ.*, 12 sept. 1885).

Henoch. — Épidémie diphtéritique de 1882-83 (*Charité-Annalen*, 1884).

Kinneir (F. W. E.) — Corps étrangers du canal alimentaire chez un enfant. de onze mois. Guérison (*The med. and surg. Reporter*, 11 avril 1885).

Korner (O.) (clinique Kussmaul). — De la dysphagie dans les affections des ganglions bronchiques; remarques sur une cause mécanique du cancer de l'œsophage (*Deutsche Archiv. f. Klin. Medicin*, Bd XXXVII).

Landouzy. — Rétrécissements cancéreux et cicatriciels de l'œsophage (*Semaine méd.*, nos 42 et 44, 14 et 18 oct. 1885).

Lawrence. — Diphtérie intermittente (*Louisville med. News*, 12 sept. 1885).

Lippé. — Diphtérie et chlorate de potasse (*Ann. med. du Canada*, Montréal, oct. 1885).

Lopez-Ocania (J.). — L'angine diphtéritique (*El Dictamen*, n° 58, 10 oct. 1885).

Luciani. — Des localisations sensorielles dans la couche corticale du cerveau (*Centralbl. f. d. med. Wissensch.*, n° 44, 1884).

Lychowsky. — Observations sur le traitement du croup (*Gaz. lek.*, n° 16. 1885, journal russe).

Malassez. — Pathogénie des kystes du maxillaire dits folliculaires (*Soc. de biologie*, 31 oct. 1885).

Massei. — Croup, trachéotomie, mort (*Ext. dall'Arch. di patol. infant.* 1885).

Massei. — Notions élémentaires d'aérothérapie (*Archiv. ital. di Lar.* fasc. 2, 12 oct. 1885).

Mellone. — Contribution à l'étude du traitement de la diphtérie (*Giorn. int. d. sc. med.*, Naples, 1885).

Meinert. — Un cas d'echinococcus du corps thyroïde (*Centralbl. f. chir.*, n° 24, 1885).

Moncorvo. — De la coqueluche et de son traitement par la résorcine (Paris, 1885, chez Berthier).

Moncorvo. — Du chlorhydrate de cocaïne dans le traitement de la coqueluche (*Bullet. génér. de thérapeut.*, 30 sept. 1885).

Mousseau. — Traitement de la diphtérie (*Union méd. du Canada*, Montréal, octobre 1885).

Peut. — Étude sur les kystes hématiques du corps thyroïde (*Thèse de Paris*, 24 juillet 1885).

Philipeaux. — De la régénération en quinze jours du nerf pneumogastrique chez les jeunes rats albinos et chez les jeunes cobayes (Compte rendu hebdom. de la Soc. de biologie de Paris, n° 1, 16 janv. 1885)

Plant. — Diphtérie (*Arch. pediat.*, Philadelphie, p. 474 à 481 1885).

Poznansky. — Croup et diphtérie (*Med.*, n° 32, 1885, journal russe).

Prévost (Coyteux). — Du chlorate de potasse dans le traitement de la diphtérie (*Union med. du Canada*, Montréal, oct. 1885).

Reher. — Contribution à l'étude des affections de l'œsophage (*Deutsche Archiv. f. Klin. Med.*, Bd XXXVI, Heft 5).

Reininger. — 1° Nouvelle méthode pour attacher les fils du galvanocautère; 2° Modification des batteries à l'acide chromique (*Deutsche med. Ztg*, n° 86, 26 oct. 1885).

Remak (E.). — De la pathogénie du zona qui complique parfois les paralysies du facial. (*Cenlalbl. f. Nervenheilk.*, n° 7, 1885).

Renshaw (Ch. J.).— Diphtérie et croup (*The Brit. med. Journ.*, 31 oct. 1885).

Ricklin (E.). — Observation de thyroïdite aiguë (*Gazette méd. de Paris*, nos 38 et 39, 19 et 26 sept. 1885).

Roger. — Statistique des cas de diphtérie observés à l'hôpital Trousseau pendant l'année 1884 (*Revue mens. des malad. de l'enfance*, juin 1885).

Rossbach. — De l'action de la papayotine dans la dyphtérie, le croup et sur les pseudomembranes (tirage à part de *Arch. f. Klin. Medic.* 1885).

Rothe. — La diphtérie. Origine, prophylaxie et traitement (2e édit. Leipzig 1884, chez A. Abel).

Rotter. — Des indications pour l'extirpation du goître (*The Lond. Med. Record*, 15 juillet 1885).

Saundey. — Croup diphtéritique présentation de pièces (*Brit Méd. journ.*, 14 nov. 1885).

Schottin. — L'affection diphtéritique générale et son traitement (Berlin, 1885, chez A. Hirschwald, édit).

Schramm. — Du traitement chirurgical du goître (*Prz. lek.* n° 16, 1885).

Sympson. — Extraction heureuse d'un dentier de l'œsophage (*Brit. Med. Journ.* 19 sept. 1885).

Tillaux. — Des tumeurs encapsulées de la loge parotidienne (*Gaz. des Hôp.* 22 oct. 1885).

Tuthill Halleck. — La cocaïne dans la petite chirurgie (*The N. Y. méd. Journ.* 26 sept. 1885.

Verneuil. — Rétrécissement de l'œsophage (*Gaz. des Hôp.*, n° 121, 20 oct. 1885.

Vogelsang. — Le peroxyde d'hydrogène dans la diphtérie (*Memorabilien*, XXX, n° 3, 1885).

Vulpian. — De l'origine des fibres nerveuses glandulaires et des fibres nerveuses vaso-dilatatrices qui font partie de la corole du tympan et du nerf glosso-pharyngien (*Académie des Sciences de Paris*, 2 novemb. 1885).

Weifs Max — De la complexité des symptômes tabétiques dans le cours de la diphtérie (*Allgem. Wiener med. Ztg*, n° 41 et 42, 13 et 20 oct. 1885).

Whittle. — L'asphyxie produite par l'adénite cervicale (*Brit. Med. Journ.*, 25 avril 1885).

O. Wings John. — Pilocarpine dans le croup (*The Med. a surg. Reporter*, 19 septembre 1885.

XX. — Dipthérie et chlorate de potasse (*Union Méd. du Canada*, n° 9, sept. 1885).

X. — Symptômes nerveux rares dans la diphtérie (*The Med. News*, 17 octob. 1885).

Zoulwitsch. — De la thyroïdite aiguë rhumatismale (*Thèse de Paris*, 23 juillet 1885).

Bordeaux. — Imprimerie Nouvelle A. BELLIER et Cie, 16, rue Cabirol.

TABLE DES AUTEURS[1]

TOME V

1885

(1) Les chiffres romains indiquent la page et les chiffres en italique indiquent les travaux originaux.

TABLE DES MATIÈRES (1)

A

(1) Les chiffres romains indiquent la page et les chiffres en italique indiquent les travaux originaux.

G

M

N

ERRATA DU CINQUIÈME VOLUME

Article du Dr Koch, page 55, 20e ligne du 1er alinéa, au lieu de : *sauveur*, lire : *honneur*. — Page 59, 2e ligne 1er alinéa, au lieu de : *élément*, lire : *iléum*. — Page 65, 7e ligne, au lieu de : *empêche*, lire *empire*. — Dans l'Index bibliographique du no 6, page 338, au lieu de : *Kapesi*, lire : *Kaposi*.

Article du Dr Schæffer, page 377, 3e ligne du 9e alinéa, au lieu de : *7 1/2 dans un litre*, lire : dans *1/2 à 1 litre*.

Article du Dr Tornwaldt, De l'importance de la bourse pharyngienne, etc., pages 621 et 622, au lieu de : *voûte palatine*, lire partout : *voûte pharyngienne*.

Dans l'Index bibliographique du no 8, page 471, travail Jankowsky, au lieu de : *extirpation du larynx*, lire : *extirpation de goître*.

Compte rendu du 3e Congrès international d'Otologie tenu à Bâle, page 553, au lien de : *1885*, lire : *1884*.

Pages 637 et 641, à la note, au lieu de : *15 avril*, lire *15 octobre*.

41 B
438+

